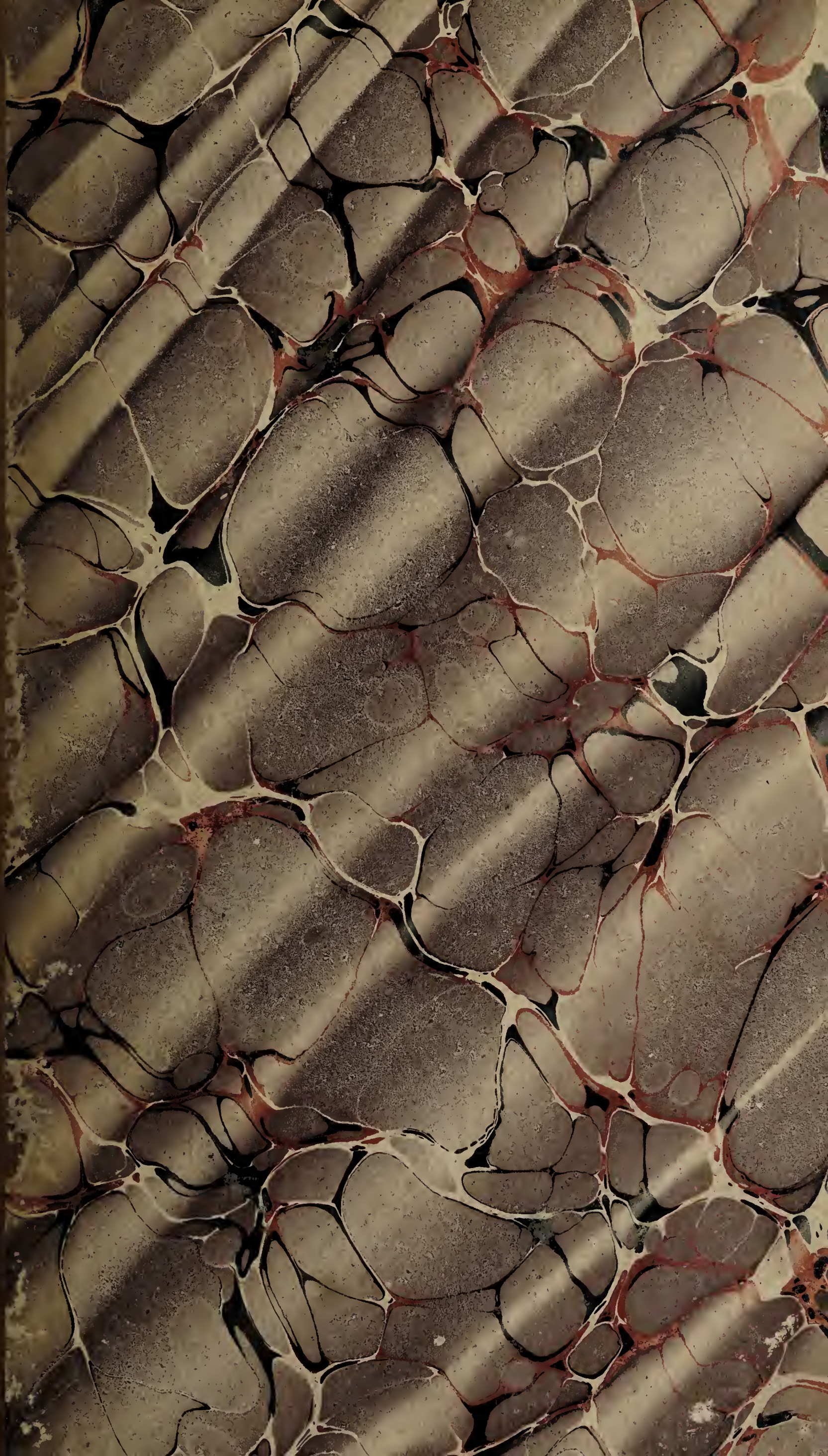


LIBRAIRIE ALAIN BRIEUX
48, rue Jacob - 75006 Paris
Tél. : 01 42 60 21 98

EPR 504
JOU.C/7

Année 1-2

1833-34

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7id13384000

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° I. — SEPTEMBRE. 1834.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CAS DE CROUP.

(*Dernier article.*)

Jusqu'ici je n'ai publié que des cas de guérison, mais j'ai eu à regretter un grand nombre de malades, et je vais aujourd'hui indiquer le tableau des opérations que j'ai faites, afin que ceux de mes confrères qui pratiqueraient la trachéotomie ne se découragent pas pour quelques insuccès.

J'ai déjà fait connaître cinq cas de guérison; dans le cours des mois de juin et de juillet j'ai opéré huit fois, et j'ai sauvé encore trois enfans, l'un de quatre ans et demi, l'autre de cinq ans et demi et le troisième de trois ans J'ai donc aujourd'hui vivans, à Paris, huit jeunes garçons qui ont été guéris par la trachéotomie.

TABLEAU DES TRACHEOTOMIES PRATIQUÉES PAR MOI DANS LE CAS DU CROUP, DEPUIS LE MOIS DE SEPTEMBRE 1826, JUSQU'AU 1er AOUT 1834.

1826. — Fille de 7 ans, morte 14 h. après l'opération, à Charenton.
1828. — Femme de 26 ans, morte 16 h. après l'opér., aux Barres, dép. de l'Indre.
1829. — Néant.
1830. — Néant.
1831. — Garçon de 5 ans guéri. . . . . Paris.
1832. — Garçon de 11 ans, mort 11 h. apr. *Id.*
Fille de 2 ans 1/2, morte 3 h. apr. *Id.*
Garçon de 5 ans, mort 7 h. apr. *Id.*
Garçon de 2 ans 1/2, mort 15 h. apr. *Id.*
1833. — Garçon de 3 ans, mort 22 h. apr. *Id.*
Garçon de 4 ans 1/2, mort 4 j. apr. *Id.*
Fille de 6 ans, morte 16 h. apr. *Id.*
1834. — Garçon de 3 ans, guéri. . . . . *Id.*
Fille de 6 ans, morte avant l'opér. *Id.*
Fille de 16 mois, morte 36 h. apr. *Id.*
Garçon de 3 ans 1/2, mort 26 h. apr. *Id.*
Garçon de 4 ans, guéri. . . . . *Id.*
Garçon de 5 ans, mort avant l'op. *Id.*
Garçon de 3 ans, guéri. Petite-Villette.
Femme de 21 ans, morte 3 h. ap. Paris.
Garçon de 13 mois, guéri. Petite-Villette.
Garçon de 4 ans, mort 30 h. apr. Paris.
Fille de 5 ans, morte avant l'opér. *Id.*
Garçon de 5 ans 1/2, mort 6 h. apr. *Id.*
Garçon de 4 ans 1/2, guéri. . . . *Id.*
Garçon de 3 ans, mort 36 h. apr. *Id.*
Garçon de 5 ans 1/2, guéri. . . . *Id.*
Garçon de 1 an, mort 26 h. apr. *Id.*
Garçon de 2 ans 1/2, mort 5 j. ap. *Id.*
Garçon de 3 ans, mort 3 jours ap. *Id.*
Garçon de 3 ans, guéri. *Id.*
Garçon de 5 ans, mort 36 h. ap. *Id.*

Résumé. — Trente opérations, huit guérisons, vingt-deux morts. — La proportion sur la totalité est donc à peu près trois morts sur quatre opérations.

Il faut défalquer d'abord trois opérations pratiquées sur des enfans déjà expirés, et dans le but de les rappeler à la vie. Il reste donc vingt-sept opérations et huit guérisons, c'est-à-dire à peu près un sur trois. Trois malades qui donnaient les plus heureuses espérances sont morts en quelques minutes par l'inexpérience des aides qui n'ont pas su replacer une canule chassée par un effort de toux. Reste donc réellement huit guérisons sur vingt-quatre cas, c'est-à-dire le tiers.

Ce résultat serait déjà fort beau puisqu'il démontrerait la possibilité de sauver un tiers des malades dans des circonstances où il n'en échappait pas un seul. L'opération serait donc un devoir dans le cas même où l'on ne pourrait rappeler à la vie qu'un enfant sur trois.

Mais si le lecteur veut reporter les yeux sur le tableau que j'ai donné, il verra que sur mes dix premières opérations je n'ai sauvé qu'un malade; que sur les vingt dernières j'en ai sauvé sept. De ce nombre vingt, il faut retrancher trois enfans morts avant l'opération et un qui a succombé par suite du déplacement de la canule que l'aide ne sut pas replacer. Reste donc *pour mes seize derniers opérés, neuf morts et sept guérisons, c'est-à-dire à peu près une guérison sur deux.* Résultat immense, résultat encourageant; car si, alors que j'étais encore inexpérimenté, je n'ai sauvé qu'un malade sur dix, et si aujourd'hui j'en sauve un sur deux, il est bien probable que ma thérapeutique deviendra encore plus heureuse à l'avenir.

Je n'ose croire que ceux de mes confrères qui pratiqueront maintenant la trachéotomie dans le cas de croup, arriveront tout d'abord au même résultat; mais s'ils ont traité les malades eux-mêmes depuis le début, et si, profitant des fautes que j'ai faites, ils osent agir comme j'agis aujourd'hui, je suis persuadé qu'ils auront bientôt moins d'enfans à regretter que moi.

Par un hasard dont je ne me plains pas, je n'ai pas eu à pratiquer une seule fois la trachéotomie parmi mes cliens: toujours appelé par mes confrères, j'ai quelquefois trouvé les enfans au milieu d'un traitement actif que la prudence n'aurait pas toujours avoué, que l'imminence du danger pouvait seule faire excuser. J'ai été appelé comme une ressource extrême, moins pour donner un avis, que pour m'entendre inviter à pratiquer au plus tôt une opération qui offrait seule une chance peu probable de salut. J'ai donc fait souvent la trachéotomie avec la presque certitude d'un insuccès dont tout

seul je devais encourir la responsabilité ; mais quoi qu'il en dût arriver, je devais faire et je faisais l'opération, peu soucieux d'un jugement que ma conscience ne ratifiait pas. Mais ceux de mes confrères qui opéreront leurs propres malades devront être plus heureux que moi, car ils seront les maîtres et des circonstances qui précèderont l'opération et du temps qu'ils choisiront pour la faire.

Le tableau que j'ai mis au commencement de cet article présente encore quelques particularités importantes à noter.

1° *Influence du sexe sur la production de la maladie.*— Sur 30 opérations, 8 sur des malades du sexe féminin, 22 sur des garçons.

2° *Influence du sexe sur le résultat de l'opération.*—Sur les 8 filles ou femmes opérées, pas une n'a survécu. Sur les 22 garçons, 8 ont survécu.

1° *Influence de l'âge sur la production de la maladie.*—Sur 30 individus opérés, 1 avait 11 mois, c'était un garçon ; 3 étaient âgés de 1 an à 16 mois, deux garçons et une fille ; 9 avaient 2 ans 1/2 à 3 ans, une fille, huit garçons ; 3 avaient de 3 ans 1/2 à 4 ans, 3 garçons ; 7 avaient de 4 ans 1/2 à 5 ans, une fille, 6 garçons ; 3 avaient de 5 ans 1/2 à 6 ans, 2 filles, 1 garçon ; 1 avait 7 ans, fille ; 1, 21 ans, femme; 1, 26 ans, femme.

De 11 mois à 3 ans, 2 filles, 11 garçons ; de 3 ans à 5 ans, une fille, 10 garçons ; de 5 ans à 26 ans, 5 filles ou femmes, 1 garçon. — Il semblerait, d'après ce tableau, qu'avant 5 ans le croup est beaucoup plus commun chez les garçons ; et que plus tard, le contraire a lieu.

2° *Influence de l'âge sur le résultat de l'opération.*— Les 8 qui sont guéris avaient 13 mois, 3 ans, 3 ans, 3 ans, 4 ans, 4 ans et 1/2, 5 ans, 5 ans 1/2.

De ceux qui sont morts, 3 avaient moins de 16 mois, 6 de 2 ans 1/2 à 3 ans, 2 de 3 ans 1/2 à 4 ans, 6 de 4 ans 1/2 à 5 ans, 5 plus de 5 ans.

Ce que je vais dire maintenant, je le dirai avec la plus profonde conviction, et je souhaite ardemment que l'on voie dans mes paroles moins le désir de faire prévaloir des opinions personnelles, que le besoin de faire entrer dans l'esprit de tous les praticiens des idées qui sont celles d'un des plus habiles thérapeutistes de notre temps, de M. Bretonneau.

DE L'ÉPOQUE A LAQUELLE L'OPÉRATION DOIT ETRE PRATIQUÉE.

Tant que la trachéotomie a été dans mes mains une arme presque toujours infidèle, j'ai dit : « *Il faut la pratiquer le plus tard possible.* » Mais maintenant que je compte d'heureux succès, je dis : « *Il faut la pratiquer le plus tôt possible.* »

Pour bien apprécier la valeur de ce précepte, étudions la marche du croup.

Des trente malades que j'ai opérés, vingt-huit avaient des fausses membranes sur les amygdales en même temps que dans le larynx ; il en a peut-être été de même des deux autres ; mais je n'ai pu le constater. Les travaux de M. Bretonneau ont démontré que la diphthérite ou inflammation pelliculaire débutait presque constamment par le pharynx, nous sommes donc en droit de penser que les concrétions vues par nous sur les amygdales, étaient le reste de celles qui avaient signalé le début de la maladie.

Ceci posé, si la phlegmasie diphthéritique s'est propagée rapidement au larynx, et si l'examen des cadavres prouve que du larynx elle pénètre dans les bronches avec encore plus de rapidité, on a donc d'autant plus de chances de trouver des fausses membranes dans les bronches, que l'opération est pratiquée plus tard.

Aujourd'hui, et d'après les faits que j'ai publiés, d'après les succès obtenus par M. Bretonneau, la nécessité de l'opération ne saurait être mise en question ; autant vaudrait demander s'il faut amputer un membre écrasé par un boulet de canon. On peut, par la trachéotomie, sauver presque la moitié des malades : ne pas faire cette opération est un acte coupable.

La discussion ne peut donc maintenant s'établir que sur l'époque à laquelle le médecin doit s'armer du bistouri.

Quelles peuvent être les raisons de différer la trachéotomie ?

Ces raisons sont, 1° que d'autres médications peuvent enrayer la marche de la maladie ; 2° que le danger résultant de l'opération est aussi grand que celui que l'on fait courir au malade en la différant ; 3° que le diagnostic de l'affection croupale n'est pas tellement infaillible que l'on ne fasse quelquefois une opération inutile. Examinons ces questions l'une après l'autre.

A. *D'autres médications peuvent enrayer la marche de la maladie.* Je conviens que pour les médecins qui connaissent les travaux de M. Bretonneau, la possibilité d'enrayer la diphthérite existe pourvu que le mal ne soit encore que dans le pharynx ; mais lorsque les fausses membranes se sont propagées dans le larynx, je déclare que je n'ai pas vu une seule fois dans ma vie, et j'ai vu beaucoup de croups, je n'ai pas, dis-je, vu une seule fois le malade ne pas périr. On cite, il est vrai, quelques cas rares dans lesquels des enfans ont guéri après avoir expectoré des fausses membranes tubulées. Mais ces cas sont tellement exceptionnels qu'ils ne peuvent avoir de valeur dans la discussion qui nous occupe. Or, si la plupart des praticiens de bonne foi confessent qu'en effet il n'ont presque jamais vu revenir à la santé des enfans qui avaient expectoré des fausses membranes résistantes ; ils insistent aussi sur ce fait, savoir : qu'ils ont arraché à la mort un grand nombre de malades atteints de croup, qui, il est vrai, n'ont pas rendu de pellicules diphthéritiques ; mais, si on n'a pu voir ces fausses membranes, c'est que probablement les enfans les ont avalées. Nous sommes maintenant sur un autre terrein, ce n'est plus qu'une question de diagnostic.

L'inflammation pelliculaire des canaux aériens ou la diphthérite laryngo-trachéale, ne débute presque jamais par le larynx ou par la trachée ; c'est sur les amygdales, sur la luette qu'elle se montre d'abord pour s'étendre de là à la glotte et jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. Cette marche indiquée par M. Bretonneau a été constatée aujourd'hui par tant de médecins qu'on ne peut guère en contester l'existence. Mais comme le mal de gorge est peu grave, nous ne sommes ordinairement appelés

que lorsque la phlegmasie occupe le larynx et se manifeste par la *toux croupale*. Pour la plupart des praticiens, la *toux croupale* toute seule suffit pour caractériser le croup, c'est ici qu'est l'erreur.

Chez un enfant très jeune, pour peu que la membrane muqueuse du larynx s'enflamme et se gonfle, la toux devient rauque, la voix est sifflante et s'altère profondément. Cela s'observe presque toujours dans la rougeole et souvent au début des rhumes un peu violens. *La toux croupale est donc chez les très jeunes enfans l'expression de toute inflammation aiguë de la membrane muqueuse laryngienne;* mais non l'indice de l'existence d'une sécrétion pelliculaire. Remarquez que la toux croupale est *éclatante*, *répétée*, ce qui indique que les cordes vocales permettent encore à l'air de vibrer en les traversant. Or, les conditions organiques de la vibration de l'air à travers les cordes vocales, sont d'abord que les cordes ne soient pas notablement altérées dans leur texture, et ensuite qu'elles ne soient recouvertes d'aucune substance non vibratile. Car si l'on considère le larynx comme un instrument à vent du genre des flûtes ce qui me semble plus probable, ou qu'on en fasse un instrument à anche, toujours est-il que la vibration des lèvres de l'anche où celle de l'air sera rendue impossible dès que les lèvres de l'anche ou l'ouverture de la flûte seront tapissées par exemple d'un morceau de parchemin mouillé, expérience facile à faire. Tant donc que la toux *sera rauque, éclatante et croupale*, ce sera la preuve que le *croup* n'existe point encore, dans le sens où on l'entend communément : *la toux croupale n'est donc pas l'indice du croup*. Si donc pendant tout le cours de la maladie la toux reste croupale, ce sera la preuve qu'il n'y a eu là que l'enchifrennement de la glotte, que l'angine striduleuse et non l'angine membraneuse; mais si la toux croupale d'abord devient de plus en plus faible et *finit par être insonore* en même temps que les accès de suffocation se rapprochent, soyez assuré que les cordes vocales se sont recouvertes d'un enduit adhérent et non vibratil, en un mot *lorsque la toux, d'abord croupale devient de plus en plus rare et finit par être presque insonore avec suffocation, il y a véritable croup, c'est-à-dire exsudation plastique dans le larynx*. Au contraire, dans l'angine striduleuse, à mesure que la toux perd le caractère croupal la suffocation devient de moins en moins considérable.

Toutefois il arrive quelquefois que la toux d'abord croupale cesse bientôt de l'être, et qu'après un accès de suffocation et une quinte de toux, elle reprenne de nouveau le caractère qu'elle avait au début. C'est que la fausse membrane qui tapissait le larynx a été expectorée, et que les cordes vocales mises à nu redeviennent propres à la phonation, jusqu'à ce qu'elles soient tapissées par une nouvelle exsudation plastique.

Maintenant que j'ai esquissé quelques traits du diagnostic différentiel de l'angine striduleuse et de la diphthérite laryngo-trachéale, il semblera moins singulier de m'entendre dire *qu'il n'existe aucune médication capable de guérir le croup arrivé au point où la toux est insonore, en même temps qu'il existe des accès de suffocation.*

Si cette proposition est aussi vraie que je la crois inattaquable, la conséquence nécessaire est que l'on doit opérer dès que le croup membraneux est constaté.

B. *Le danger résultant de l'opération est aussi grand que celui que l'on fait courir au malade en la différant.*

Telle est la seconde objection qu'il est bien facile de réfuter. — L'opération faite suivant les règles que M. Bretonneau et moi avons établies, peut offrir quelques difficultés, mais je ne l'ai jamais vue s'accompagner d'accidens graves. Chez un seul enfant, j'ai vu survenir deux légères hémorrhagies après l'opération. L'opération en elle-même n'a donc rien de dangereux; les suites sont celles d'une solution de continuité faite par un instrument tranchant, c'est-à-dire qu'elles n'ont aucune espèce de gravité. Ainsi donc les inconvéniens minimes de l'opération ne peuvent être mis en balance avec les inconvéniens très graves résultant de la propagation des fausses membranes dans les bronches.

La troisième objection est la suivante :

C. *Le diagnostic de l'affection croupale n'est pas tellement infaillible, que l'on ne puisse faire quelquefois une opération inutile.* J'avoue que le diagnostic de l'affection croupale n'est pas infaillible, et je le crois si bien que je viens de consacrer plusieurs pages à discuter ce diagnostic; mais je le regarde comme à peu près infaillible si l'on s'aide des signes que j'ai indiqués plus haut. J'en veux pour preuve que sur quarante-six opérations que nous avons faites M. Bretonneau et moi, nous avons toujours pu constater par la trachéotomie elle-même, qui est une autopsie vivante, que nous ne nous étions pas trompés.

Admettons maintenant que l'erreur soit possible, faisons davantage, accordons qu'on la puisse commettre une fois sur dix. Si l'enfant n'a qu'une angine striduleuse, l'opération, qui en elle-même n'a aucun danger ne l'empêchera pas de guérir; si l'enfant a vraiment le croup, la trachéotomie pourra le sauver. Et d'ailleurs on ne doit pas ignorer, et M. Scouttetten en a vu un exemple récent, que l'angine striduleuse simple, c'est-à-dire l'inflammation pure et simple de la membrane muqueuse du larynx peut produire une telle suffocation que la trachéotomie devienne indispensable.

Donc il faut pratiquer la trachéotomie dès que la diphthérite laryngienne est constatée.

Je dirai pour le croup ce que bien des chirurgiens expérimentés disent pour la hernie étranglée : il est rare que l'on perde des malades en opérant vite, il est rare qu'on en sauve en attendant le dernier moment.

En pratiquant la trachéotomie lorsque les enfans vont expirer, on risque : 1° de trouver les fausses membranes aussi étendues que possible; 2° de ne pouvoir remédier à la congestion, à l'engouement, à l'inflammation et à l'emphysème pulmonaire, accidens assez fréquens dans le dernier degré de l'asphyxie; 3° on rend l'opération beaucoup plus difficile à cause du gonflement énorme des vaisseaux du col, gonflement d'autant plus grand que la respiration est plus embarrassée.

De l'influence des traitemens antérieurs sur le succès de l'opération. — J'ai cherché à apprécier autant qu'il était en moi l'influence que pouvaient avoir sur le succès de l'opération les traitemens divers qui avaient été mis en œuvre pour combattre le croup. Appelé presque tou-

jours pour être témoin des dernières scènes de la vie, et toujours étranger au traitement qui avait été suivi, j'ai pu en apprécier les résultats sans partialité.

Des 30 malades que j'ai opérés, 25 avaient perdu du sang par des applications de sangsues au col; 4 n'avaient point été traités; 1 l'avait été par des mercuriaux à haute dose. Chez tous la maladie avait marché de telle manière que les médecins eux-mêmes, jugeant la trachéotomie indispensable, m'avaient mandé pour la pratiquer. On en peut toujours tirer cette conclusion préalable, que les émissions sanguines locales ne guérissent pas si certainement le croup que l'Ecole du Val-de-Grâce l'avait avancé.

Des 21 qui avaient été saignés, 3 sont morts avant l'opération, et 2 par l'expulsion de la canule que l'on n'a pas su replacer. Restent 20. Sur ces 20 malades, 7 avaient été profondément débilités par des émissions sanguines portées aussi loin que possible. Tous sont morts, 2, 3, 11, 15, 16, 22 heures, cinq jours après l'opération : la durée moyenne de la vie après la trachéotomie a donc été chez eux de 26 heures à peu près. Des 13 autres qui avaient été modérément saignés, 6 ont été guéris, 7 sont morts 14, 26, 30, 36, 56, 74, 96 heures après l'opération : la durée moyenne de la vie a donc été chez ces 7 derniers de 38 heures.

1 avait été profondément débilité par les mercuriaux, par les vomitifs et par les purgatifs. Il a vécu 30 heures.

4 autres n'ont eu aucun traitement; deux ont guéri; deux sont morts, l'un 16 heures, l'autre 36 heures après l'opération.

Ainsi, nous voyons que ceux qui ont été profondément débilités par les sangsues sont tous morts, et n'ont vécu, terme moyen, que 26 heures; que l'on a guéri près de la moitié de ceux qui n'avaient point eu de sangsues ou qui avaient été saignés très modérément; et que ceux qui, ayant été modérément saignés, sont morts cependant après l'opération, ont vécu, les uns, terme moyen, 38 heures, les autres 26 heures.

D'où il est permis de conclure : 1° que les émissions sanguines trop fortes sont un moyen funeste, puisqu'elles enlèvent toute chance de succès pour la trachéotomie; 2° que les émissions sanguines modérées, et pratiquées de telle manière qu'il n'en résulte pas de débilité, ont à peu près sur l'issue de la trachéotomie la même influence que l'absence de tout traitement.

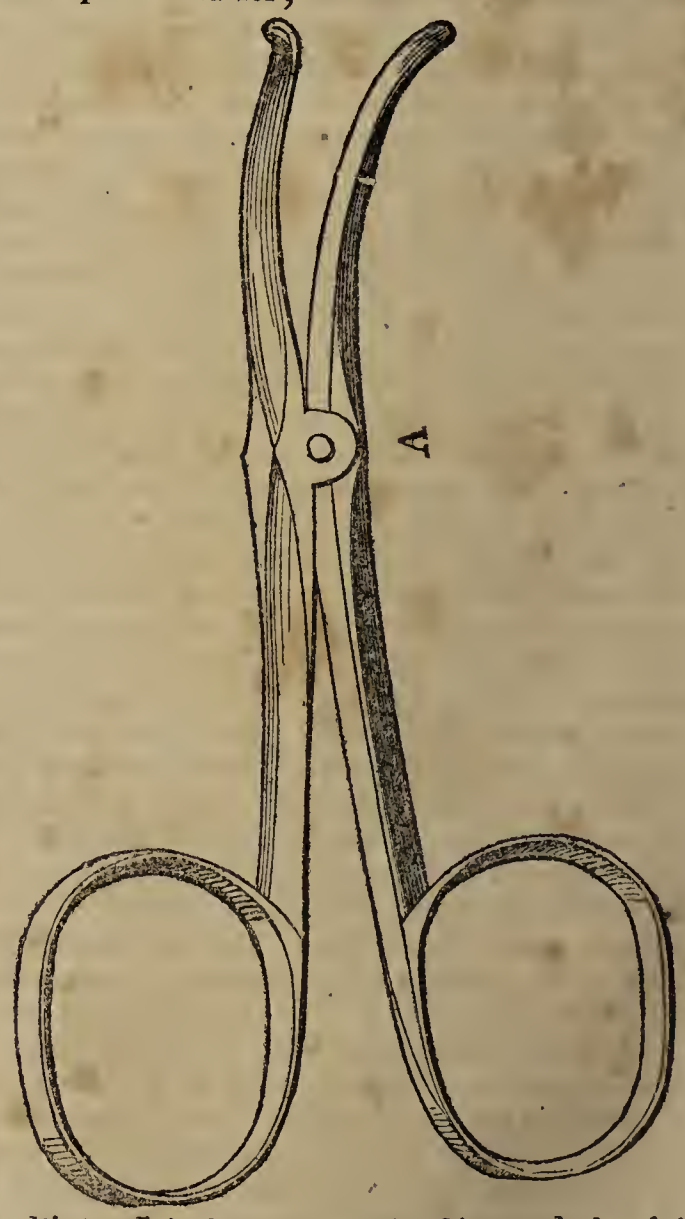
Je n'ai opéré que quatre enfans qui n'avaient point été traités : les parens avaient appelé leur médecin alors que le mal avait déjà fait des progrès irrémédiables, et j'avais immédiatement été mandé en consultation. On ne peut imaginer avec quelle simplicité tout a marché chez les deux qui ont guéri. La réaction a été facile, l'expectoration toujours énergique, les forces, l'appétit n'ont pas été perdus un instant, et la guérison a été complète bien plus rapidement que chez ceux qui avaient été affaiblis par des saignées ou par les mercuriaux.

Lorsque les enfans ont été débilités par la saignée, il suinte sans cesse des lèvres de la plaie une sérosité sanguinolente qui entre dans les bronches à chaque mouvement inspiratoire et qui engoue promptement le poumon; mais le plus grave inconvénient qui résulte de cet affaiblissement, c'est que les petits malades n'ont pas la force d'expectorer le mucus plastique qui remplit les petites bronches, les fausses membranes qui tapissent la trachée et les premières divisions bronchiques, non plus que les médicamens que l'on instille dans les canaux aériens. Ils ne se relèvent pas de la profonde stupeur dans laquelle ils étaient plongés avant l'opération, et ils succombent misérablement au bout de 10 ou 15 heures, sans avoir expectoré autre chose qu'un peu d'écume blanche.

La même chose arrive, quoiqu'à un moindre degré, lorsque l'on a donné avant l'opération des mercuriaux à dose capable de produire la salivation. Aussi je n'hésite pas à proclamer que la médication mercurielle ne nuit guère moins aux succès de l'opération que les émissions sanguines.

La meilleure condition de curabilité est de n'avoir subi aucun traitement; et je ne saurais trop engager mes confrères, une fois qu'ils ont reconnu l'existence du véritable croup, à pratiquer au plus tôt la trachéotomie.

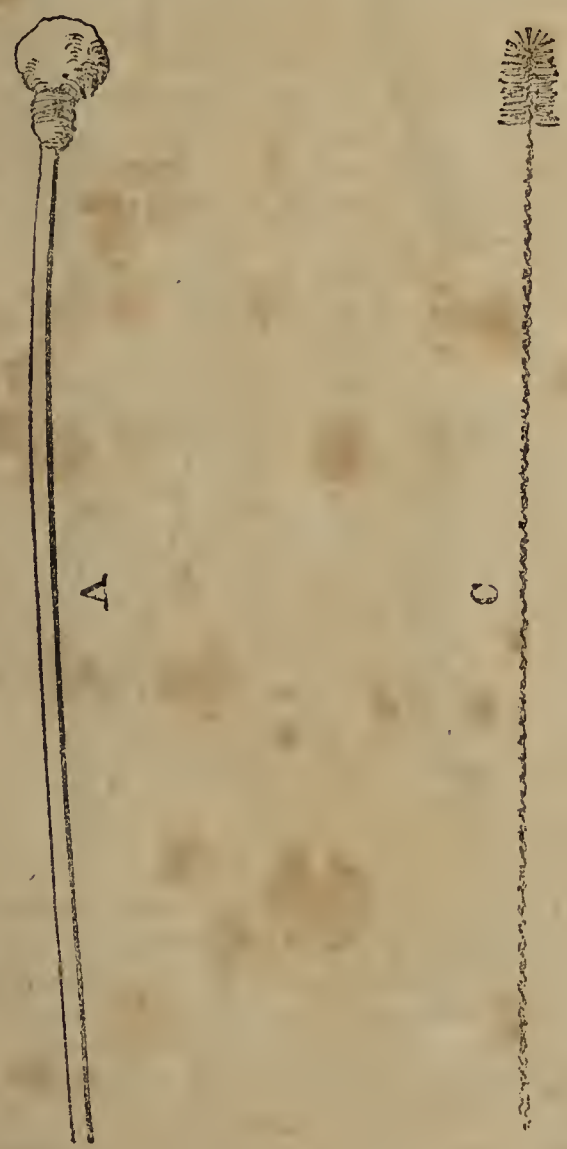
Du traitement qui doit suivre l'opération.— Dès que l'incision de la trachée est faite, à l'instant même le sang s'engouffre dans les bronches, et comme la respiration devient encore plus difficile, l'hémorrhagie veineuse, loin de s'arrêter, coule avec plus de force. Il faut à l'instant même s'armer du *dilatateur* que j'ai fait représenter ici,



On l'introduit fermé entre les lèvres de la plaie de la trachée, et quand il y est engagé on l'ouvre modérément en rapprochant les anneaux. Cette manœuvre, toute facile qu'elle paraisse, n'en demande pas moins quelque habitude. Très souvent il m'arrive à moi-même de placer l'extrémité de mon instrument entre les muscles, ou de n'introduire dans la trachée qu'une des branches. *Il faut procéder lentement et aller*

aussi profondément que possible. Lorsque le dilatateur est bien placé, l'air pénètre aisément, le sang, les fausses membranes, les mucosités sont expectorés, et la respiration devient ordinairement facile. Le dilatateur est laissé dans la trachée tant que dure la syncope qui suit ordinairement l'opération, et jusqu'à ce que l'on ait introduit la canule. La canule ne doit jamais être placée que dix ou vingt minutes après l'opération. Il faut préalablement avoir nettoyé la trachée et les bronches, et avoir cautérisé la membrane muqueuse qui les tapisse.

1° *Nettoyer la trachée et les bronches.* Quand, pendant les efforts de toux, une fausse membrane se présente entre les branches du dilatateur, on la saisit avec une pince, et on la tire doucement de peur de la rompre; mais, le plus souvent, les concrétions pelliculaires et le mucus demi-plastique adhèrent fortement à la membrane muqueuse, et il faut alors les enlever à l'aide des *écouvillons.* J'en ai fait dessiner deux aux lettres A et C. Ils ont été inventés par M. Bretonneau. Celui de la lettre A, n'est



autre chose qu'un petit morceau d'éponge fine à l'extrémité d'une tige de baleine souple, arrondie, et longue de six ou huit pouces. Celui de la lettre C, est une petite brosse semblable à celle dont on se sert pour nettoyer les bouteilles; on la fabrique de la manière suivante : quelques brins de crin flexible, disposés entre les branches d'un fil d'acier ou de laiton replié sur lui-même, sont également et parallèlement répartis dans un espace de sept à huit lignes; ils doivent se toucher, et même se recouvrir. Les deux fils, saisis avec des pinces immédiatement au delà du crin, sont alors tordus en spirale. Entraînés par la torsion, les crins perdent leur parallélisme pour converger autour de l'axe sur lequel ils se trouvent fixés. Dès qu'ils sont ainsi saisis et solidement arrêtés entre les révolutions de la double hélice, il ne reste plus qu'à les tailler pour donner à la petite brosse la forme d'une boule portée sur une tige qui est fournie par les deux fils d'acier contournés l'un sur l'autre (1). Il est bon d'assujettir cet écouvillon sur un petit manche fait avec une plume ou un petit morceau de bois.

Ecouvillonnemens. L'écouvillonnement est une chose tellement indispensable, tellement capitale dans le traitement qui suit l'opération, que j'insisterai avec soin sur la manière de le pratiquer. Dans les circonstances ordinaires je préfère l'écouvillon d'éponge; on l'enfonce rapidement de trois, quatre, cinq, et même six pouces, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation; puis on le fait cheminer plusieurs fois de haut en bas, et on le retire en continuant d'imprimer le mouvement de rotation dont j'ai parlé. Chaque écouvillonnement ne dure pas plus de deux ou trois secondes; l'éponge retirée, un aide l'exprime avec un morceau de linge, et enlève le mucus qui l'enduit. On réintroduit immédiatement l'instrument, et ainsi de suite, dix, vingt, trente, quarante fois, jusqu'à ce que l'on ait emporté ou les mucosités ou les fausses membranes que l'on entend bruire dans la trachée. Avant de commencer l'écouvillonnement, il faut en général injecter dans les bronches une demi-cuillerée à café d'eau tiède ou froide; cette eau, l'écouvillon, l'air qui entre et sort, ébranlent, brassent et entraînent au dehors tout ce qui se trouve dans les conduits aériens. L'écouvillonnement provoque le plus souvent une toux extrêmement fatigante; les pauvres enfans font des efforts inouïs, et l'on voit quelquefois la sueur ruisseler de tout leur corps. Quelque fatigue qu'il en doive résulter, il faut que le médecin soit impitoyable, et qu'il se persuade qu'à tout prix on doit obtenir l'expulsion des produits morbides qui tapissent la membrane muqueuse pulmonaire : *à la lettre, il faut* RAMONER *la trachée et les bronches.* Mais quand la respiration n'est nullement gênée, quand les enfans n'ont pas été écrasés par des émissions sanguines, quand déjà l'inflammation pelliculaire est modifiée, et qu'il ne se sécrète plus que du mucus, il suffit de passer une ou deux fois l'écouvillon, et la manœuvre est alors si simple, que le plus souvent les enfans endormis ne s'éveillent pas.

Le premier écouvillonnement doit se faire immédiatement après l'opération; par là on entraîne le sang, le mucus et la plupart des concrétions croupales. *Ainsi, la membrane muqueuse est mise à nu, condition nécessaire pour que les médicamens topiques puissent la modifier,* et ici l'on doit poser un précepte d'*écouvillonner à fond toutes les fois que l'on veut agir directement sur la membrane muqueuse.* L'écouvillon de crin sert quand une fausse membrane est trop adhérente et que l'éponge ne peut l'entraîner, il est toujours préférable à l'autre pour nettoyer la canule.

Cautérisation. Lorsque la trachée et les bronches sont bien nettoyées, on procède à la cautérisation. Celle-ci se fait de deux manières : 1° *par attouchement;* 2° *par instillation.*

(1) Bretonneau. Traité de la diphthérite.

Cautérisation par attouchement. On imbibe de la liqueur caustique un écouvillon d'éponge, et on le porte à plusieurs reprises sur tous les points de la membrane muqueuse que l'on peut atteindre. De cette manière, on ne répand pas de solution caustique dans les bronches. Cette cautérisation doit être répétée au moins trois fois le premier jour, et deux fois les deux jours suivans.

Cautérisation par instillation. La cautérisation par instillation se pratique de la manière suivante : on remplit de la liqueur caustique une plume à écrire, et on la verse dans la trachée en profitant, autant que possible, d'un mouvement d'inspiration. Immédiatement après, on instille de l'eau, et l'on écouvillonne vigoureusement jusqu'à ce que les canaux aériens soient bien nettoyés. La cautérisation par instillation doit être répétée au moins six fois le premier et le deuxième jour, trois fois le troisième jour, une fois le quatrième. Si, après l'opération on a pu constater qu'il n'y avait pas de concrétions croupales au delà du larynx, on se contente des cautérisations par attouchement, et l'on fait chaque jour une seule instillation, par excès de précaution.

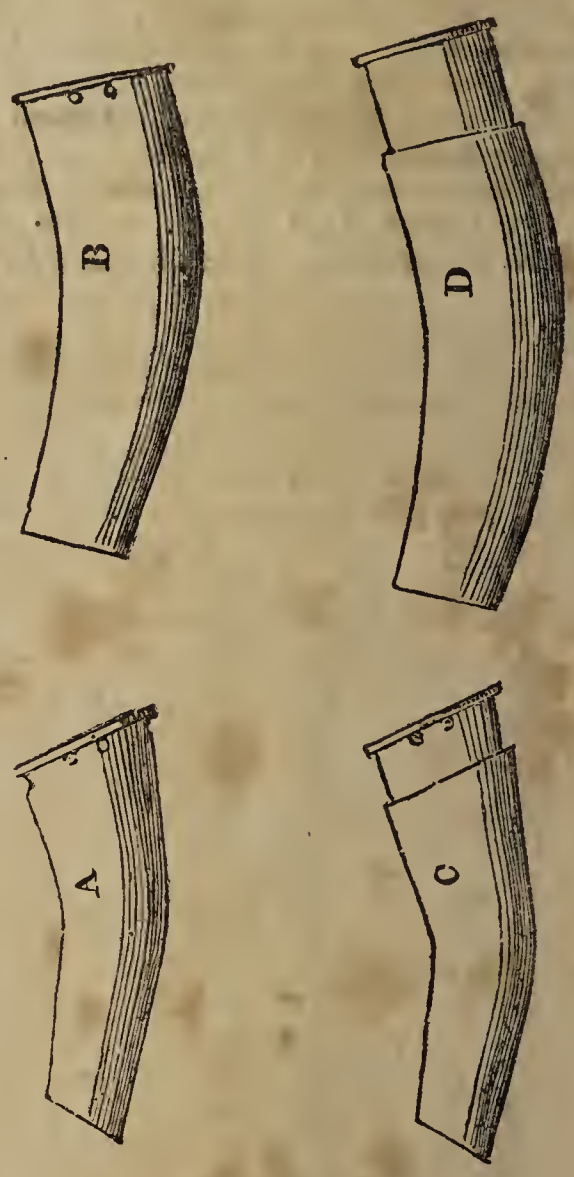
Les deux ou trois premiers jours, après chaque cautérisation, il se fait à la surface de la membrane muqueuse une exsudation séreuse fort abondante. Cette supersécrétion continue ordinairement pendant vingt ou trente minutes, et en général d'autant plus long-temps que les malades ont été débilités par de plus fortes saignées. Il est urgent alors d'écouvillonner souvent et légèrement avec l'éponge bien exprimée, de manière à enlever toutes ces mucosités aqueuses.

La solution caustique pour la cautérisation par attouchement et celle que l'on emploie en instillation ne sont pas préparées à la même dose ; la première est de 18 grains de nitrate d'argent pour un gros d'eau distillée ; la seconde, de 4 grains seulement pour la même quantité de liquide, et il est d'autant plus important d'observer cette proportion, que si l'on se servait pour instiller de la première solution on risquerait de coaguler le mucus contenu dans les deuxièmes ou troisièmes divisions bronchiques, et de causer ainsi une asphyxie immédiate ; tandis que la solution n° 2, ne peut produire un pareil accident, elle blanchit seulement, mais elle ne coagule pas l'albumine.

Des instillations d'eau. J'ai déjà fait comprendre l'importance des instillations d'eau dans les bronches lorsque l'on voulait détacher et entraîner les fausses membranes. Elles ont encore un autre avantage, c'est de délayer le mucus et d'en rendre l'expectoration plus facile. Le contact rapide de l'air avec la trachée dessèche souvent les mucosités qui la tapissent exactement comme dans les fosses nasales ; les instillations d'eau obvient encore à ce grave inconvénient. Lorsqu'il s'agit de détacher, d'entraîner au dehors des concrétions tenaces, il faut injecter une grande quantité d'eau, une cuillerée à café d'un seul coup ; et écouvillonner immédiatement après ; mais, pour délayer ou ramollir les mucosités, on se contente de verser dans la trachée deux ou trois gouttes de quart d'heure en quart d'heure. Les grandes instillations conviennent surtout dans les deux ou trois premiers jours, et elles ne doivent guère se répéter que toutes les heures ; les petites instillations seront faites plus fréquemment, mais elles conviennent surtout les jours suivans.

Des canules et de leur introduction. Lorsqu'après l'opération la plaie, la trachée et les bronches ont été convenablement nettoyées et cautérisées, on introduit une canule que l'on assujétit solidement.

Je me sers ordinairement des canules gravées aux lettres C et A pour les enfans d'un an à deux ans, et de celles gravées aux lettres B et D pour les enfans de 2 ans et demi à 5 ans ; pour les adultes j'ai des canules encore plus fortes.



Le lecteur remarquera que toutes ces canules ont un volume assez considérable. Le précepte donné par M. Bretonneau qui les a inventés (1), c'est *que le conduit artificiel ait toujours au moins le diamètre normal de la glotte du sujet.* Précepte capital qu'on ne doit jamais oublier.

Avant d'introduire la canule on passe dans les yeux qu'elle porte à son ouverture antérieure deux brins de fil fort ou de cordonnet, destinés à maintenir l'instrument solidement fixé. D'une main le médecin tient dans la trachée le dilatateur dont il écarte les mors, de l'autre main il tient la canule qu'il fait glisser dans la trachée entre les branches du dilatateur. Lorsque la canule est introduite il retire le dilatateur, et lie fermement les fils autour du col. L'introduction est souvent fort difficile ; quelquefois on manque l'ouverture de la trachée, et on enfonce l'instrument au devant de ce conduit dans le tissu cellulaire. On est averti que la

(1) Bretonneau. Traité de la diphthérite.

canule est bien placée par le libre passage de l'air et des mucosités, et par la facilité de la respiration. Il est important, indispensable même que les canules soient longues, et qu'elles s'enfoncent dans la trachée de plusieurs lignes au delà de l'angle inférieur de la plaie de ce conduit. Si la canule est trop courte elle se dérange dans les efforts de toux, se place au devant de la trachée dans un cul de sac qui s'y trouve toujours, et le malade meurt asphyxié en quelques minutes, accident affreux que j'ai eu trois fois à déplorer, bien que j'eusse laissé auprès de mes malades des élèves en médecine qui n'étaient pas sans quelque expérience. L'erreur, dans ce cas, est d'autant plus facile, que la canule n'étant déplacée que dans sa partie postérieure, les personnes inexpérimentées ne savent à quoi attribuer cette gêne subite de la respiration. Ajoutez à cela que les enfans sont pris à l'instant même de mouvemens violens, qui rendent beaucoup plus difficiles les manœuvres nécessaires pour replacer l'instrument. Ainsi, donc, le praticien se souviendra d'une part qu'il faut une canule qui plonge de cinq à six lignes dans la trachée; d'autre part, qu'il faut la fixer assez solidement pour qu'elle ne puisse être expulsée dans les efforts de toux.

Lorsque l'on place le doigt au devant du cou d'un enfant ou d'un adulte pour explorer la trachée avant que les tégumens ne soient divisés, ou même lorsque l'on pratique sur le cadavre l'opération de la bronchotomie, on ne prend pas une idée juste de la profondeur à laquelle se trouve la trachée sur le vivant, après l'opération. Cette profondeur est au moins double de celle qu'on avait supposée. Aussi, ne doit-on jamais craindre d'avoir des canules trop longues. Cela est d'autant plus important, que, dès le lendemain de l'opération, la plaie se gonfle au point que la même canule convenable la veille, cesse de l'être le lendemain. C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai imaginé des canules avec un tuyau d'allongement comme une lorgnette. J'en ai fait figurer deux aux lettres D et C (*V.* la figure ci-dessus).

L'avantage de ces canules c'est de pouvoir servir aussi bien le premier jour que les trois jours suivans. Mais, dès le quatrième jour, les lèvres de la plaie commencent à se dégonfler, et la détumescence devient telle, que la trachée se trouve moins profonde même qu'elle ne l'était immédiatement après l'opération; alors il faut des canules plus courtes, et j'ai fait figurer aux lettres E B (*V.* la fig. ci-après) celles dont je me sers plus habituellement. Ces canules ne s'enfonçant presque pas dans la trachée, n'empêchent pas l'air et les mucosités d'aller battre contre le larynx dans les efforts de toux, et de détacher les concrétions croupales qui restent encore adhérentes aux cordes vocales. Mais ces courtes canules peuvent quelquefois se déranger, et quoique l'ouverture de la trachée soit alors béante, et ne se referme qu'au bout de quelques heures; cependant j'ai dû penser aux cas où le médecin serait forcé de ne voir son malade qu'une fois en vingt-quatre heures. J'ai donc fait faire des canules à ouvertures dorsales, qui se trouvent figurées aux lettres A B C (*Voy.* la fig. ci-après.) Le lecteur remarquera que l'ouverture dorsale est placée tout près de l'extrémité postérieure de l'instrument. Si elle avait été placée plus en avant, elle aurait été en contact avec

la paroi supérieure de la plaie, et alors les chairs qui s'y seraient introduites, auraient fait hernie dans la cavité de la canule et l'auraient complètement oblitérée, accident qui m'est arrivé une fois et qui eût couté la vie à l'enfant, sans la présence d'esprit du père qui enleva l'instrument. *Le précepte est donc que l'ouverture dorsale soit tout entière dans la trachée.* Or, voici l'avantage de cette ouverture : elle permet la communication directe entre la trachée et le larynx; et quand on suppose que le larynx commence à se désobstruer, on ferme incomplètement la canule avec un bouchon, et alors l'air et les mucosités passent sans peine des bronches dans l'arrière-bouche.

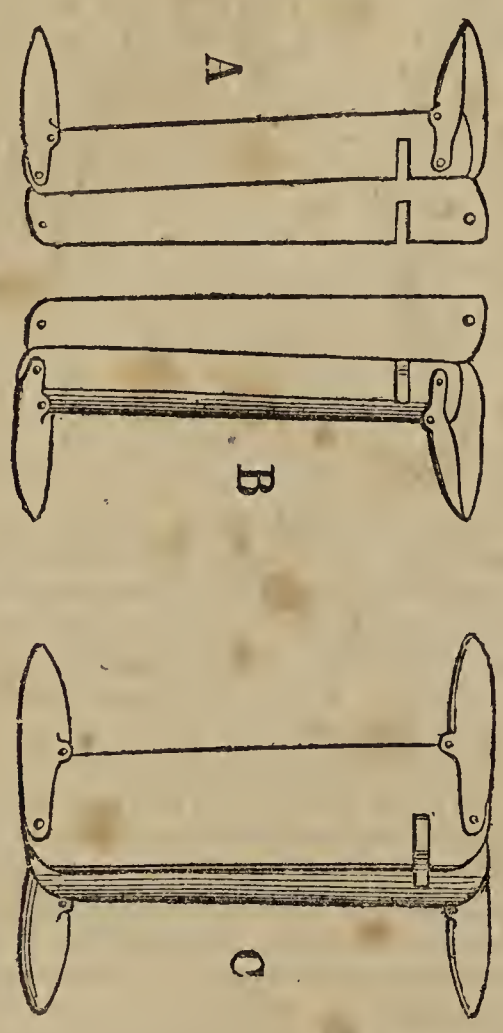
Les canules que j'ai décrites, et dont j'ai donné plus haut le dessin, sont ordinairement en métal plein et par conséquent inflexible. J'ai eu souvent à me plaindre de cette inflexibilité, et pour y remédier, j'ai fait faire des canules (1) avec des fils d'argent plates et contournées en spirale. J'en donne ici le dessin. . . . . .

(1) Tous ces instrumens ont été fabriqués par MM. Charrière et Sanson.

Il est facile de leur adapter un allongement à lorgnette ; mais il n'est pas aussi simple d'y pratiquer l'ouverture dorsale. Je me sers souvent de ces canules dans les premiers jours qui suivent l'opération.

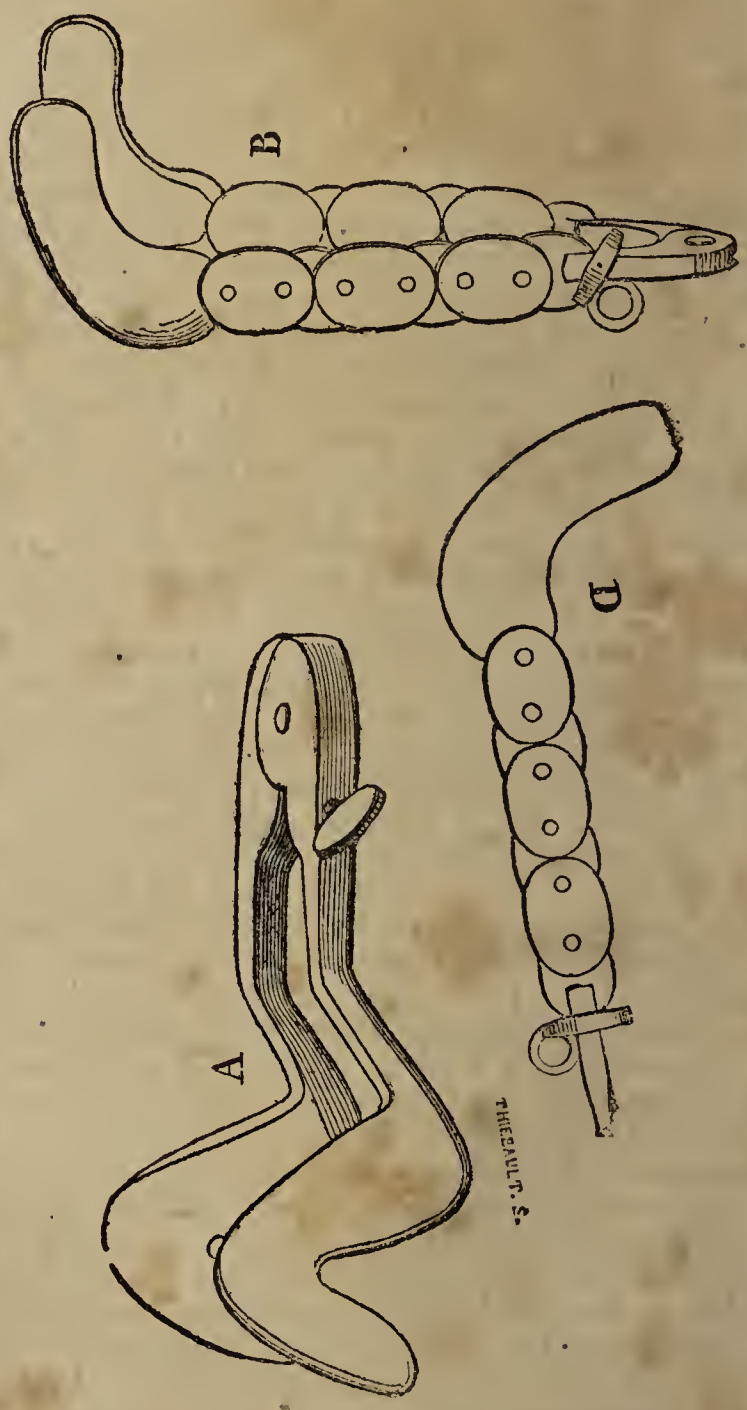
Plusieurs médecins, et entre autres MM. Bretonneau, Gendron, Coqueret, ont songé à suppléer aux canules, dont j'ai donné plus haut la description, par des instrumens qui pussent s'appliquer à tous les temps de la maladie, et qui se maintinssent solidement. J'en fais dessiner ici le plus grand nombre.

L'instrument de M. Bretonneau est composé de trois parties A, B, C. Les deux corps AB réunis forment la canule pleine C, dans laquelle s'introduit une autre canule dont on peut augmenter le volume et qui sert aussi de mandrin creux.



Les deux demi-cylindres A B, etc. sont ainsi disposés que A peut se loger en B et rester maintenu à l'aide d'une double mortaise que l'on a indiquée ici. On introduit d'abord la pièce A qui est inférieure en la présentant à l'ouverture de la trachée par le pied de botte qu'elle porte à son extrémité. Ensuite la pièce B se glisse perpendiculairement dans la gouttière formée par la pièce A ; et quand le pied de botte que porte la pièce B se trouve engagé dans la trachée, on ramène les deux pièces parallèlement et on engage les deux saillies de l'autre extrémité dans les deux mortaises correspondantes. On conçoit que les deux pieds de botte qui se trouvent dans la trachée empêchent cette canule d'être expulsée quels que soient les efforts de toux ; mais on conçoit aussi que cette canule puisse s'enfoncer un peu trop et aller s'appliquer contre la paroi postérieure de la trachée. Pour parer à cet inconvénient, M. Bretonneau, a imaginé une large plaque de liége ou de métal, percée dans son centre de manière à embrasser exactement la canule, et qui soit mobile d'arrière en avant, et d'avant en arrière à la volonté du médecin. Si la plaie est fort tuméfiée on pousse la plaque en avant ; quand la tuméfaction cesse, on la repousse en arrière. L'instrument que M. le docteur Coqueret a fait dessiner dans sa thèse est conçu d'après la même idée. Seulement, il a une canule simple, et les deux pieds de botte qui la retiennent en dedans, sortent à l'aide d'un petit ressort quand l'instrument est introduit. Le seul défaut de la canule de M. Coqueret est d'être trop courte ; et ce jeune auteur l'a lui-même compris depuis la publication de son intéressant travail.

Quant aux instrumens de M. E. Gendron, ils sont conçus dans un autre esprit. Ce praticien ne veut pas de canules, mais seulement



des dilatateurs, qui ne puissent s'engouer et qui permettent toujours de faire les instillations et les écouvillonnemens sans avoir besoin d'ôter sans cesse l'instrument. Le mécanisme de ces dilatateurs est facile à comprendre. Quand les deux branches en sont rapprochées, on introduit dans la trachée l'extrémité de l'instrument, dont on écarte ensuite les branches à l'aide d'une virole. Le dilatateur A que j'ai essayé deux fois se maintient en effet très solidement ; mais il a l'inconvénient de tenir dilaté le larynx, en prenant son point d'appui sur les cordes vocales ce qui n'est pas sans inconvéniens. Quant au dilateur D, que ses charnières successives ren-

dent souple et facile à placer, il n'a pas le même inconvénient que le précédent, puisque sa portion trachéale se place du côté des bronches; mais on est obligé de le maintenir au tour du col avec des fils, autrement il se déplacerait. M. Gendron vient de nous envoyer le dessin d'un autre dilatateur que nous donnerons plus tard dans notre journal avec un travail que cet excellent observateur va publier sur le croup.

De quelque canule que l'on ait fait choix, il ne s'agit pas seulement de l'introduire et de la fixer, il faut encore l'enlever, la nettoyer, la replacer aussi souvent qu'il est nécessaire; et j'indiquerai à cet égard les résultats de ma propre expérience. Quand la canule est large, il est absolument possible de ne l'ôter qu'une fois par jour; mais il est convenable dès qu'on le peut, de l'enlever trois fois en 24 heures pendant les trois jours qui suivent l'opération, deux fois les trois jours suivans, et une fois seulement jusqu'au moment où l'on ferme la plaie. Ce n'est pas seulement pour la nettoyer qu'on l'enlève, le plus souvent elle n'est nullement embarrassée; mais l'expérience a prouvé que l'on ne pouvait bien écouvillonner à fond qu'en ôtant la canule, soit que le mucus et les fausses membranes s'attachent à l'extrémité interne de l'instrument, soit que la paroi postérieure et membraneuse de la trachée s'applique sur l'ouverture de la canule et la ferme en partie. Quand on écouvillonne avec la canule on ne peut le faire ni avec la même facilité, ni avec la même sûreté, car souvent l'écouvillon en revenant s'accroche au rebord de la canule, et l'enleverait si on ne le retirait avec précaution.

Je me résume en disant que pour les écouvillonnemens ordinaires on laisse la canule, mais qu'il est convenable de l'enlever pour écouvillonner à fond.

Pendant les deux ou trois premiers jours, la plaie de la trachée se referme pour peu que l'on enlève la canule, aussi est-il convenable d'introduire le dilatateur dès que le tube est ôté. Le dilatateur reste dans la plaie tant que l'on écouvillonne, et jusqu'à ce que la canule ait été replacée.

— *Époque à laquelle on doit fermer la plaie.* Si le cinquième ou le sixième jour, on n'entend pas l'air passer un peu par les voies naturelles dans les grands efforts de toux, il convient de porter une ou deux fois la solution caustique dans le larynx, à l'aide d'une baleine forte, recourbée et armée d'une petite éponge. Cette médication bien simple suffit pour faciliter le passage de l'air et des mucosités. Alors on bouche la canule en totalité ou en partie, suivant que le larynx est plus ou moins libre. Pour la première fois la canule ne reste bouchée qu'un quart d'heure ou une heure au plus. On la rebouche quelques heures après pendant deux ou trois heures, puis pendant dix ou douze heures. Si alors la respiration reste facile, on enlève la canule, on nettoie la plaie, et on en rapproche exactement les bords avec deux bandelettes de taffetas d'Angleterre. L'appareil est recouvert de coton cardé et d'une cravate peu serrée dont le plain est appliqué derrière la nuque, et dont les chefs viennent se croiser au devant du col passer sous les aisselles et se nouer derrière le dos. On change le bandage deux fois par jour, et ordinairement, après 4, 6 ou 8 jours, l'ouverture de la trachée est entièrement cicatrisée. Il ne reste alors qu'une plaie simple qui ne tarde pas à se guérir.

Que si la plaie extérieure se recouvre de concrétions, ce qui arrive assez fréquemment, on la saupoudre de calomel qui modifie en peu d'heures cette disposition morbifique.

Traitement de la diphthérite buccale et pharyngienne. Quoiqu'on ait fait la trachéotomie il ne faut pourtant pas négliger le traitement de la diphthérite dans le pharynx qu'elle occupe presque constamment, et dans la bouche où elle se rencontre assez souvent. Pour remplir cette indication il suffira de porter deux ou trois fois par jour sur les parties malades un mélange de deux gros d'acide hydrochlorique pour deux onces de miel rosat, ou bien encore une forte dissolution d'alun dans du sirop de sucre ou de miel. Il est d'autant plus important de s'occuper de la diphthérite du pharynx et de la bouche, que cette phlegmasie spéciale est souvent l'unique cause de de la dyspepsie des enfans, et rien n'est plus essentiel que d'alimenter ces malades, comme je vais le dire :

Régime. Une fois l'opération faite, il faut, et c'est une condition de succès presque nécessaire, il faut, dis-je, alimenter ses malades : le lait, le bouillon, les soupes légères, seront donnés tant que durera la fièvre traumatique; on en viendra à des substances plus nourrisantes, dès que l'orgasme fébrile aura entièrement cessé. Si l'appétit languit, si les forces ne se relèvent pas, le vin de quinquina rendra d'utiles services.

Quant aux complications, s'il en survient, elles rentrent dans le domaine de la médecine ordinaire, et je n'ai à cet égard, aucun autre conseil à donner à mes confrères, que celui d'éviter autant que possible toute médication débilitante.

A. Trousseau, *médecin des hôpitaux, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris.*

SUR L'APPAREIL INAMOVIBLE POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

Quelques articles insérés dans ce journal sur le traitement des fractures par l'appareil dit *inamovible*, m'ont engagé à rédiger la note suivante :

Le nom d'*inamovible* que M. Larrey a donné à son appareil, devrait convenir également à *tous* ceux auxquels le chirurgien ne retouche plus jusqu'à ce que la guérison soit opérée. Ainsi, sans compter le plus modeste de tous, celui pour la saignée du bras, nous avons ceux pour le bec de lièvre et pour la plupart des plaies fraîches, les bandelettes aglutinatives pour le traitement de certains ulceres, etc., etc., lesquels, bien légitimement, peuvent passer pour des appareils *inamovibles*.

Mais, si l'on veut n'affecter ce nom qu'aux appareils des fractures exclusivement, je le réclame, tout particulièrement, en faveur de la planchette suspendue.

En effet, si la planchette a été recouverte d'un coussin épais et propre à se mouler autour du

tiers postérieur du membre malade ; si les moyens de suspension sont bien adaptés, si la fracture est exactement réduite et le membre placé et fixé convenablement, il est, *à la lettre*, inutile de remanier cet appareil, et le chirurgien peut n'être plus que paisible spectateur du travail de la nature pour la consolidation régulière des fragmens entre eux, ainsi que de la facilité qu'éprouve le malade à se remuer en tous sens, à se faire placer sur un fauteuil, et porter par ce moyen partout où il voudra. L'homme de l'art pourra tout au plus, être dans le cas d'élever ou d'abaisser l'appareil, en tirant ou relâchant un peu la corde de suspension, et d'imprimer de légers mouvemens aux articulations qui réclament cette précaution essentielle.

Tel est au moins ce qui m'arrive presque toujours dans les fractures SIMPLES des extrémités inférieures. J'ajouterai que mon interne, M. Meillaud, a maintes fois, en mon absence, réduit des fractures dont la guérison s'est opérée très bien, sans qu'on ait été obligé de retoucher en aucune manière à l'appareil, et quoiqu'on ait souvent porté et reporté le malade du lit au fauteuil et du fauteuil au lit.

Mais qu'arrive-t-il quand les fractures sont compliquées? Je l'ai déjà dit et démontré dans mon nouveau système de déligation (page 147), et dans le n° 3 de ce journal (page 65): c'est que le chirurgien qui sait faire usage de la planchette en suspension peut aussi, *à la lettre*, faire abstraction de l'état où se trouve l'os, et s'occuper des complications, c'est-à-dire des lésions variées des parties molles, exactement comme s'il n'existait aucune altération osseuse.

Or, comme il n'est pas de moyens exclusifs, propres à combattre les divers désordres qui peuvent accompagner une fracture, nous en voyons employer un très grand nombre suivant l'exigence des cas et aussi suivant la manière de voir du praticien. Ainsi, tel homme de l'art arrête, par le tamponement, une hémorrhagie que d'autres suspendent par les stiptiques, le cautère, la torsion ou la ligature ; celui-ci débride largement, tandis que celui-là ménage les incisions. Ici, l'on traite les contusions par les sangsues et les émolliens ; là, par l'eau froide, la glace, les spiritueux et la compression : ailleurs, on croit devoir bourrer les plaies de charpie, les panser et les essuyer très exactement, une ou deux fois par jour ; lorsqu'à l'hôpital de Lausanne on se contente de les recouvrir et de les protéger légèrement avec un linge fin, une couche de coton ou de fine ouate, secs, imbibés ou enduits de substances convenables ; qu'on n'y multiplie pas tant les pansemens, et qu'on ne s'inquiète pas trop de ce que devient le pus, pourvu qu'il puisse s'écouler facilement, et qu'il n'incommode ni par son abondance, ni par des qualités nuisibles.

Mais MM. Larrey père et fils qui professent que toutes les lésions qui compliquent les fractures doivent toujours être traitées de la même manière ; qu'il suffit, pour les guérir, de faire des incisions convenables et de les recouvrir d'un emplâtre, puis d'emboîter exactement tout le membre dans un tube inflexible formé de couches superposées de nombreux linges gommés, et qui reste invariablement en place pendant six à huit semaines.

Pour juger sainement ce mode de procéder, du moins dans son application aux cas de fractures compliquées, il faut se demander : 1° s'il conviendrait bien dans de graves désordres des parties molles et alors qu'il n'existerait pas de lésions osseuses ; 2° si MM. Larrey y ont recours, indistinctement, chaque fois que, *n'ayant pas affaire à une fracture*, ils ont cependant à traiter de fortes contusions, d'horribles plaies déchirées, des lésions graves de vaisseaux, de nerfs et d'articulations ; des inflammations vives, des dépôts formés ou près de l'être ; des épanchemens considérables ; la gangrène imminente, la destruction ou mortification des parties molles, etc., etc. ; 3° si, dans des circonstances aussi pressantes et aussi délicates, il suffit toujours de tel emplâtre, appliqué une fois pour toutes ; de l'absence absolue de pansemens après le premier ; et s'il est sage de se priver, de toute possibilité d'exercer la moindre surveillance sur les parties lésées, en les soustrayant irrémissiblement à l'action des sens, et en masquant, au moyen d'un épais étui, des phases morbides qui peuvent, à chaque instant, exiger des secours variés.

Je doute que la chirurgie puisse jamais arriver à cet état de simplicité et d'abandon ; et j'aime à croire que le médecin prudent voudra se réserver, autant que possible, la faculté d'appliquer et de modifier ses moyens suivant l'exigence des cas.

L'appareil de M. Larrey est évidemment en opposition avec ce principe, et son application met, en quelque sorte, hors de cause l'intelligence, l'adresse et les connaissances du praticien. Mais, pour l'apprécier à sa juste valeur, je le mettrai en regard avec celui que j'ai perfectionné, et j'appellerai, en même temps, par là, l'attention des hommes de l'art sur les avantages précieux que présente ce dernier.

L'appareil Larrey se compose, comme on sait, d'un grand drap ordinaire, de deux fanons, deux coussins pour remplissage, de pièces pour l'*étrier*, la *tibiale*, de cinq ou six liens, d'une pelotte d'étoupe, de compresses à quatre chefs, d'un liquide résolutif composé d'alcool camphré, d'extrait de saturne et de blancs d'œufs. L'autre n'exige qu'une petite planche étroite, une corde, deux ou trois liens et un sachet. Quelques mouchoirs pourront, au besoin, remplacer la corde, et servir à faire les liens et le petit sac.

L'appareil Larrey est long à préparer et difficile à appliquer. L'autre se trouve partout, et est si facile à ajuster, que le moindre élève ou garde-malade s'en acquittera toujours bien dès qu'il aura pris connaissance de la simplicité de son mécanisme.

L'appareil Larrey masque, nécessairement et sans retour, l'état des fragmens et leurs rapports entre eux, ainsi que tout ce qui concerne les parties molles. L'autre laisse *toujours* ces parties parfaitement en évidence.

L'appareil Larrey ne permet jamais de faire un traitement local et de soigner les parties voisines de la fracture. Leur guérison est *toujours et dans tous les cas*, abandonnée complètement à la nature. L'autre admet toutes les modifications thérapeutiques que pourront réclamer et les complications variées et les vues particuliè-

res du praticien sur le mode de traiter chaque état donné.

Si, le plus souvent, à l'aide de cette planchette suspendue on confie, ainsi qu'on le doit, la guérison à la simple nature, c'est du moins avec l'agrément de pouvoir surveiller et diriger ses efforts, et d'écarter, au besoin, tout ce qui viendrait en traverser la marche régulière.

L'appareil Larrey n'a aucune action sur les fractures du col du fémur; il n'en a qu'une bien équivoque sur celles du tiers supérieur de cet os. Il est dangereux, et doit avoir pour suite presque inévitable l'ankylose dans les fractures de la rotule et des extrémités du fémur et du tibia au voisinage du genou, attendu que l'articulation fémoro-tibiale se trouve forcément dans une parfaite immobilité, pendant tout le temps de la cure. Mon appareil, au contraire, tout en remplissant exactement les conditions exigées pour le traitement des fractures ci-dessus, permet encore d'imprimer, impunément et dès les premiers jours, tous les mouvemens articulaires propres à prévenir l'ankylose ou d'interminables raideurs.

L'appareil Larrey ne laisse pas la liberté des mouvemens soit dans le lit, soit surtout hors du lit. Ils sont si faciles, avec la suspension, que M. Fourcade a cru devoir associer celle-ci à l'appareil Larrey, comme on le voit dans l'avant-dernière livraison de ce journal, p. 332. Cette association est aussi facile que commode et utile; aussi, l'ai-je recommandée dans mon nouveau système de déligation, comme pouvant s'adapter avantageusement à tous les appareils connus, et comme un moyen de transition à l'adoption définitive et exclusive de la planchette. En effet, quelle que soit la forme que le chirurgien veuille donner de préférence à ses appareils de fracture, leur réunion et leur amalgame avec la planchette et la suspension, auront toujours pour résultat infaillible la conviction intime pour l'observateur que la planchette mise comme simple accessoire, est amplement suffisante pour opérer *seule* la guérison, et que tout le reste est, au moins, superflu. De quelle utilité peut être, en effet, tout cet échafaudage de moyens compressifs et contentifs, si fort recommandés, lorsqu'on voit clairement que la seule position maintenue exactement avec deux ou trois liens, est déjà plus que suffisante. On croit peut-être se ménager par là des garanties de succès de plus, mais on se convaincra bientôt qu'on n'a fait, en réalité, que de créer des embarras pour soi, et pour le malade un surcroît de gêne et de douleur.

J'avouerai cependant que l'appareil Larrey a, sur tous les autres connus, et sur le mien particulièrement, une prééminence incontestable: c'est qu'on peut, dit-on, monter à cheval avec une jambe et une cuisse cassées, lorsqu'elles sont pansées par la méthode que nous analysons. Eh bien! je serai le premier à l'employer avec empressement, chaque fois que, pour le plus grand bien d'un malade, je serai réduit à le faire transporter à dos de *mulet;* toutefois, et surtout dans les cas graves, je ne ferai usage de l'appareil que tout juste le temps nécessaire à ce transport. Mais comme ce sera, à coup sûr un cas tout-à-fait rare et exceptionnel, il serait bon de ne pas trop se prévaloir de ce privilége.

Il en est un autre sur lequel on appuie avec une certaine complaisance: c'est qu'on n'a besoin d'aucun pansement ultérieur, pas même de ceux de propreté, dès que le premier est bien fait. C'est qu'avec cet appareil il n'est *plus possible* de faire des pansemens; et on est obligé de supporter la corruption, la fétidité, les vers même qui résultent toujours de la présence des escarres et des matières purulentes qui inondent parfois l'appareil. Comme c'est là une dure nécessité qu'il faut subir, il est assez naturel aussi qu'on ait cherché à y rattacher un avantage dont nous dirons un mot dans un moment. Avec mon appareil, on peut, à volonté, laisser croupir le sang, le pus et la sérosité, *si on croit que cette pratique est utile.* Mais on peut aussi faire, chaque jour, autant de *pansemens de propreté* que l'on croira, sinon nécessaire, du moins convenable.

Les chirurgiens qui se servent de l'appareil Larrey font sonner bien haut la guérison des plaies récentes, après sept ou huit semaines de l'application de leur moyen, et sans qu'ils aient fait le moindre pansement, et ils ont l'air d'être extasiés de ce succès. Mais y a-t-il là de quoi faire tant de bruit; et la manière dont l'appareil est composé et ajusté serait-elle, par hasard, la cause d'un semblable résultat? Nullement, car nous voyons tous les jours de vastes brûlures, des plaies et des ulcères guéris très bien sous des croûtes et des escarres, sous d'épaisses couches de charpie et surtout de coton; sous les bandelettes agglutinatives imbriquées, *quoiqu'on ait eu, ou parce qu'on a eu soin de n'y pas toucher du tout.* Que de fois, après l'extirpation d'un bouton squirrheux ou cancéreux, etc., j'ai obtenu une guérison dont, en d'autres temps, le succès et la promptitude m'auraient surpris, et par la simple application d'une couche de ouate ou de coton, auxquels je ne retouchai plus. Il est peu de chirurgiens qui ne puissent, au reste, citer des faits analogues, et qui se multiplieront toujours davantage à mesure qu'on adoptera plus généralement aussi des modes plus simples de pansemens. Ainsi donc, ce qui a lieu sous ce rapport avec l'appareil Larrey, ne manquera pas d'arriver également avec tout autre appareil connu, et, à plus forte raison, avec le mien, si on ne craint pas de s'exposer aux inconvéniens graves qui résultent toujours de l'absence complète de tout pansement de propreté. Seulement, on risquera par là d'avoir dans beaucoup de circonstances, des guérisons plutôt retardées que favorisées, et on n'aura gagné que la réputation de faire une chirurgie qu'il n'est pas donné à tout le monde de supporter impunément. La pratique commune, bien loin de se féliciter de pareilles innovations, doit au contraire les reléguer avec celles qu'il faut malheureusement accepter lorsqu'on ne peut décidément pas faire autrement.

Depuis deux ans, *tous* mes malades atteints de fractures de jambe, de cuisse, et même du col du fémur, que ces fractures soient simples ou compliquées, jouissent de l'avantage inappréciable de pouvoir, à volonté, et dès les premiers jours de leur accident, se faire porter hors du lit et sur un fauteuil, et d'être, au moyen de ce dernier, conduits facilement dans un autre local, et même dans un jardin. Le meil-

leur moyen d'obtenir cette suspension, hors du lit, c'est un montant en fer ou en bois, et en forme de potence, qu'on établit derrière un fauteuil, et auquel on fixe la corde verticale et mobile. On fait, de cette manière, un seul et même tout de la chaise et du support, et on se ménage ainsi toute la facilité désirable de placer et porter le malade, et de suspendre à volonté son membre fracturé.

J'ai indiqué, dans mon ouvrage, comment il fallait s'y prendre pour ces transports divers; la figure 54 de mes planches fait voir un individu dont la jambe est suspendue hors du lit; enfin, il est fait mention dans la Gazette de médecine d'une fracture oblique du fémur, traitée impunément par moi, sous l'influence de ces déplacemens et transports successifs. J'ai donc le droit de réclamer, sur M. Fourcade (voyez son observation dans la 11e livraison de ce journal, page 332), la priorité pour ce progrès d'une immense portée dans le traitement des affections qui nous occupent, et, en général, de toutes celles des extrémités, tant supérieures qu'inférieures qui, jusqu'ici, exigeaient impérieusement l'usage non interrompu du lit, lorsque surtout il doit être prolongé pendant des semaines et des mois.

Du reste, M. Fourcade n'a pas été très heureux dans la combinaison qu'il a tentée de l'appareil Larrey avec mon moyen de supension. Pourquoi, par exemple, cette planchette et ce coussin de balles d'avoine? L'une représente une très large attelle, et doit servir, dans mon appareil, à fixer le membre, et à faire un seul tout de la planchette, du sachet et de l'extrémité fracturée. Mais l'écorce très solide qui entoure circulairement cette dernière, dans l'appareil Larrey, remplit, de reste, toutes les conditions des attelles, et la petite planche ne peut ajouter quoi que ce soit à la solidité du cylindre creux et fortement gommé qui sert à contenir les fragmens.

Quant au coussin, c'est un hors-d'œuvre bien plus étrange encore, et qui figure exactement un oreiller qu'on aurait mis avec soin sous une botte forte, dans le but de soulager une jambe placée dans cette botte. C'est dans celle-ci, et immédiatement derrière les parties lésées et sensibles que doit se trouver le corps mollet, si l'on veut qu'il agisse efficacement; c'est bien là aussi qu'il est placé dans mon appareil, et ce n'est que là qu'il peut être.

Une jambe, telle qu'elle est cuirassée par l'appareil Larrey, n'éprouvera aucune sensation différente, qu'elle soit placée mollement sur de l'édredon, ou qu'elle repose sur un fagot d'épines.

Toutefois, si quelques partisans de l'*inamovibilité*, telle que l'entend M. Larrey, voulaient à toute force, telle qu'on l'obtient, se procurer les avantages de la *mobilité* par la suspension, je les préviens qu'il n'ont besoin pour suspendre leur appareil que d'une simple cravate; le milieu, assez large, sera placé pardessous, et les deux bouts, noués ensemble, seront fixés à la corde verticale et mobile. Ce moyen expéditif m'a suffi quelquefois pour supporter ma planchette, et peut très bien remplir, pour tous les appareils, l'indication qu'on se propose dans la suspension et la mobilisation qui en est l'heureuse conséquence.

Mais, à propos de la botte ci-dessus, je dirai que depuis quelque temps je me sers de préférence du coton et de la ouate pour former mes coussins, ainsi que pour *tous* les remplissages et la plupart des compresses dont j'ai besoin; et que j'ai reconnu que cette pratique offrait bien des avantages et n'avait aucun inconvénient. Je n'ai pas besoin de m'étendre sur ce sujet pour en faire ressortir l'importance en faveur des malades, et la commodité pour le chirurgien et le service en général. On voudra bien ne pas attribuer à ma prédilection connue pour le coton dans tous les pansemens, le témoignage nouveau que je me plais à rendre encore à cette précieuse substance.

Un mot encore: M. Berard jeune, dans un premier essai qu'il a fait de mon appareil, y a découvert des inconvéniens qui l'ont presque rebuté. Je regrette que ce chirurgien distingué n'ait pas mieux suivi les préceptes simples que j'ai donnés, à ce sujet, dans mon nouveau système de déligation. Il y aurait vu, aux pages 194 et suivantes, avec quelle facilité on peut parer aux obstacles qu'il a rencontrés.

Du reste, je suis sûr que M. Berard est lui-même convaincu que, s'il a éprouvé un échec, c'est par sa faute; qu'il saura mieux prendre ses précautions dans la suite, et qu'il s'attachera toujours plus à un procédé dont il sait très bien apprécier la valeur et l'excellence.

M. Mayor, *de Lausanne.*

DOTHINENTÉRIES ÉPIDÉMIQUES.

(4e et dernier article.)

Si quelque chose peut démontrer combien il importe de ne pas détourner les mots de leur véritable sens, assurément c'est le double emploi du mot épidémique. Que veut-il dire? Sur le peuple, maladie répandue sur une population. L'on appelle en outre maladie épidémique celle dont la propagation est attribuée à un principe malfaisant contenu dans l'air; mot à mot le terme épidémique désigne un chiffre de malades et non une qualité de la maladie. C'est par le nombre des malades qu'on juge que telle affection est épidémique, puis c'est par la qualité épidémique attribuée à cette affection qu'on explique le nombre des malades.

Évidemment il existe là un cercle vicieux où la cause devient effet et l'effet devient cause, selon la volonté ou le caprice du médecin.

Nous avons vu la dothinentérie se répandre sous des conditions si diverses de lieux, de température, de saisons, qu'on nous pardonnera de ne pas expliquer ses désastres dans nos petites localités par des variations de baromètre, de thermomètre et d'hygromètre; et sans vouloir non plus énumérer gravement tous les péchés hygiéniques des habitans de la campagne, nous allons examiner si les maladies dont ils sont affligés, sont la conséquence d'un infection locale.

Certes les médecins qui voudraient, bon gré mal gré, tout rapporter à l'infection, trouveront dans les hameaux, les fermes et le genre de vie des habitans, des causes d'épidémies.

Ces causes toutefois sont permanentes, et les épidémies sont passagères. Celles-ci ne s'obser-

vent pas précisément dans les lieux les plus insalubres, ceux situés dans des endroits bas, humides, où l'air est peu renouvelé, où des fumiers et des marais sont contigus aux habitations.

Dans le même bourg, des familles nombreuses accumulées dans un local étroit, en butte aux privations de la misère, ont souvent été garanties, lorsque le mal frappait aux maisons où l'on remarquait la propreté et l'aisance.

Enfin, nous avons vu des malades éloignés de toute influence d'infection par leur position sociale, et qui, à la suite de soins ou de visites, contractaient la dothinentérie. Je sais qu'à de tels faits on répond que le même foyer d'infection qui se renouvelle par un premier malade, peut en produire un second, un troisième, etc.

Remarquons toutefois avec quelle intelligence cette prétendue infection s'adresse de préférence à ceux qui soignent les malades.

M. de La Guérinière est reçu, à Château-du-Loir, chez des parens qui lui font des visites; sa femme seule lui donne des soins continuels, l'assiste quand il se lève, quand il se couche, occupe la nuit le lit où le malade reposait le jour, *seule*, elle contracte la dothinentérie.

Nous trouvons chez madame Perret du Lude, le même enchaînement de circonstances.

Trois médecins la visitent, son mari est fréquemment dans sa chambre, deux demoiselles s'y présentent de temps en temps; mais sa sœur, mademoiselle Dumoulinet, est constamment près d'elle, veille à tous ses besoins, l'aide à changer son linge, c'est elle seule que la dothinentérie attaque et de manière à donner les plus grandes inquiétudes.

Des familles plus ou moins nombreuses, plus ou moins aisées, habitent des fermes isolées dans des lieux salubres, leur genre de vie, commun à tous les habitans de la campagne, ne nuit en rien à leur santé. Avant elles, des individus bien portans ont habité et exploité les mêmes fermes, de nouveaux fermiers leur succèdent sans ressentir aucune atteinte dans leur santé; et cependant ces familles intermédiaires à d'anciens et de nouveaux colons, demeurés sains et saufs, ont été décimées par l'épidémie, après avoir donné asile à un malade, nouveau venu.

De bonne foi, peut-on douter dans de telles circonstances de l'importation d'une maladie et de sa transmission par contagion ?

C'est ainsi que se sont propagées les épidémies de nos environs.

1° Nanette Lepinay, en octobre 1825, apporte au Verger la maladie de Villebourg.

2° En octobre 1826, Marie Vadereau porte la dothinentérie de Dissay à la Bomboirie et à l'hospice de Château-du-Loir.

3° Dans la même année et le même mois, mais dans une direction opposée, la femme Dupin transmet à la Brosse, commune de Bueil, la maladie du Petit-Gênes, hameau limitrophe de Dissay.

4° Quelques semaines après, le jeune Breton donne à ses parens de la Besnardière le mal de la Bomboirie.

5° En septembre 1829, la veuve Rousseau communique aux habitans de la Chevalerie, la maladie qu'elle a contractée auprès d'un de ses voisins nommé Simoneau.

6° Deux journaliers, Baillon et Biollon, répandent aux Caves-Blanches, l'affection qu'ils ont prise à la Chevalerie.

7° Au printemps et pendant l'été de 1827, la dothinentérie se promène de Saint-Pierre de Chévillé au Fresne.

8° Le 8 mai 1828, la fille Lemeunier arrive à la Drouanderie où elle propage la maladie de Coëmont.

9° De là le mal transmigre à la Baraterie avec le journalier Degouse.

10° La même maladie avait été importée de Montalon à Coëmont au mois de février 1828, par la fille Bourgoin.

11° Au mois de mars 1829, la dothinentérie est transportée de la Gadrillerie au Petit-Gênes, par la femme Ragot.

12° Enfin, l'épidémie de Vaas arrive avec le fils Refour dans la commune de la Chapelle à la Cave-Giroux, maison isolée, vaste, saine, tenue très proprement, dont les habitans occupent plusieurs appartemens.

La plupart de ces faits se sont accomplis devant moi, plusieurs ont eu pour témoins mes confrères : MM. Cullier, de Château-du-Loir; Labbé, de Saint-Christophe; Rocher, dont la mort prématurée laisse de profonds regrets dans la commune de Dissay; Lépingleux, de Vaas; et lorsque des détails m'ont été transmis j'ai constaté sur les lieux mêmes leur exactitude.

Si du premier malade, qui ne permet pas de douter de l'importation, nous passons aux malades suivans, l'ordre de succession démontre comme une vérité palpable et mathématique que les épidémies de nos petites localités ont été le résultat de la contagion.

Je ne prétends pas toutefois être plus contagioniste que les faits : chez le premier malade de quelques familles, malgré les recherches les plus sévères, l'origine contagieuse de la dothinentérie n'a pu être constatée; par exemple, dans les premières épidémies de Coëmont et du Petit-Gênes, la dothinentérie a paru spontanée chez le premier malade de ces deux endroits; de même dans le cours de ma pratique, j'ai vu quelques dothinentéries isolées dont la cause m'est entièrement inconnue. Celles-ci ont été isolées, parce que la contagion n'a pas eu son effet; celles-là ont cessé de l'être, parce que les garde-malades ont successivement succombé à son action : ainsi l'ordre de propagation dans le cours des épidémies a toujours été le même, que le premier malade fût étranger ou indigène. Toutes doivent donc être attribuées à une même cause, c'est-à-dire au caractère contagieux de la dothinentérie.

DOTHINENTÉRIES ENDÉMIQUES.

Veut-on considérer comme endémiques les fièvres thyphoïdes qui ont paru plusieurs fois dans une même localité ? L'on regarde comme endémiques les maladies particulières à certaines contrées, à certains climats, à certaines localités, et qui s'y reproduisent plus ou moins fréquemment.

La dothinentérie a reparu à Coëmont et au Petit-Gênes, dans l'intervalle des deux épidémies; l'état sanitaire des habitans était satisfaisant, et dans ces lieux le retour de la maladie épidémique a été précédé de l'arrivée d'un

premier malade qui lui-même avait contracté la fièvre typhoïde.

Rien d'endémique dans cette réapparition du mal. A la Drouanderie, chez Contereau, des domestiques sont atteints, l'une à époque rapprochée, deux autres dans un temps très éloigné d'une épidémie précédente; mais des lits peut-être contaminés ont été occupés par ces nouveaux malades; des circonstances semblables ou également suspectes expliquent suffisamment la lente succession de la dothinentérie chez quatre personnes de la famille Gosselin.

Je rejette toute influence d'insalubrité locale, lorsque je sais que ces mêmes habitations, tenues d'ailleurs proprement, ont été exploitées par d'anciens ou de nouveaux locataires dont la santé a toujours été excellente.

Dothinentéries sporadiques. — Chaque fois que j'ai trouvé des dothinentériques clairsemés dans une ou plusieurs communes limitrophes, j'ai constaté qu'il avait existé entre eux des communications directes ou indirectes; par conséquent, je n'ai pas encore observé de dothinentériques sporadiques.

Je conçois pourtant que les médecins qui répugnent à admettre l'action nuisible des relations indirectes, reconnaissent des affections sporadiques. Dans les villes, les épidémies commencent souvent avec cette apparence.

A Vaas, plusieurs malades de diverses familles furent atteints; le premier de chacune d'elles, n'avait pas toujours eu des relations directes avec les précédens dothinentériques, mais du moins les relations indirectes avaient été fréquentes. L'influence des rapports immédiats redevenait sensible dans chaque maison particulière et le fut même dans celle où la réunion de plusieurs pensionnaires aurait pu faire soupçonner l'infection.

Si le premier malade de cette maison se retire au bout de quelques jours, sans communiquer la dothinentérie à son compagnon de lit, il faut observer que très rarement la maladie se transmet aux premières périodes.

Plus tard l'hôtesse est prise, puis un pensionnaire qui lui rend des visites; celui-ci a un camarade de lit qui est pris de préférence à ses camarades de chambre.

Vient ensuite la domestique, occupée constamment près de sa maîtresse, et enfin une jeune fille, compagne de lit de la domestique.

Certes l'infection ne marque pas ses victimes dans un ordre si régulièrement soumis à la fréquence des contacts.

C'est donc souvent parce qu'on ignore les rapports qui ont pu être nuisibles aux premiers malades de chaque maison, que dans les villes une maladie est regardée comme sporadique.

Puis lorsque les malades sont plus nombreux on l'appelle épidémique, puis enfin, comme il est impossible de ne pas voir la propagation dans les familles, on lui accorde le caractère contagieux, que l'on fait dériver du caractère épidémique, c'est-à-dire que l'épidémie est regardée comme la cause et non comme l'effet de la contagion.

Cette opinion n'est pas nouvelle, des auteurs recommandables l'ont adoptée.

« Quandò verò communiores causæ plures « eòdem tempore afficiunt, popularemque morbum reddunt, *epidemica* tunc est et perni- « ciosior. »

« Quo in casu ni sani sibi caveant, facilè sus- « cepto maligno et nervis infensissimo mias- « mate, in eamdem incidunt. Tunc etiam *con-* « *tagiosa* dicitur. »

(Burserius, *Febris lenta nervosa*, tom. I, pag. 178.)

Lorsqu'une maladie est répandue de manière à mériter le nom d'épidémique, sans doute les chances de contagion augmentent en raison du nombre des malades; mais quand on se donne la peine d'analyser, de disséquer les épidémies des petites localités, l'ordre de succession des maladies démontre que partout l'épidémie est l'effet et non la contagion.

Sans doute, et le bon sens l'indique, si une influence locale délétère était la cause de la maladie épidémique, cette influence qui s'exerce depuis long-temps sur les indigènes, les ferait succomber simultanément, les conditions d'âge, de tempérament, d'habitudes hygiéniques étant d'ailleurs égales chez plusieurs d'entre eux.

Je veux bien que, dans un ou deux hameaux, une ou deux fermes, l'épidémie par infection débute sur un seul individu en vertu d'une aptitude particulière, ou, comme l'on dit médicalement, de certaine idiosyncrasie.

Mais au moins l'on accordera que l'infection, si infection il y a, menaçante pour plusieurs individus dans les mêmes conditions, doit communément sur plusieurs à la fois exercer son premier acte de puissance. Eh bien, dans aucun des endroits que j'ai cités, nulle part enfin, je n'ai vu deux malades pris à la fois au début d'une épidémie.

Je ne dis pas que cela n'ait jamais été ou ne puisse jamais être; je crois, au contraire, que quand la dothinentérie au plus haut degré ou typhus éclate dans les villes surchargées de régimens, dans des prisons ou des hôpitaux encombrés, plusieurs malades peuvent de suite attester la réalité de l'infection.

Si cela n'a pas eu lieu dans nos localités, si avant l'arrivée d'un premier malade ou l'invasion de la maladie sur un premier individu, toute la population étant dans un état sanitaire satisfaisant, si le second malade a donné des soins au premier, le troisième au deuxième et ainsi de suite; si plus tard plusieurs individus sont atteints en même temps, mais après des rapports simultanés avec les malades, logiquement on doit conclure que dans toutes ces localités, la contagion a été la cause et non l'effet de l'épidémie.

L'attaque simultanée d'une même maladie sur plusieurs individus serait donc un signe d'infection;

La succession des malades un signe de contagion.

Cette différence n'est pas facile à saisir dans toutes les épidémies, car il est des maladies contagieuses surtout à leur début : alors les maladies se succèdent assez rapidement; pour la dothinentérie, nulle difficulté, les malades paraissent avec une lenteur remarquable. Toutefois elle peut se propager à la fois d'un seul malade à plusieurs des individus qui l'approchent; mais, dans ce cas même, le long intervalle qui

a existé entre le premier malade et les suivans, dépose contre l'infection.

Non que nous nous refusions à reconnaître son influence lorsque le premier malade d'une famille nombreuse, pauvre, sale, agglomérée dans une chambre étroite n'a présenté d'ailleurs aucune relation préalable suspecte.

Mais si celui-ci approche de la convalescence lorsqu'un ou plusieurs membres de sa famille sont à leur tour affectés, je reconnais dans ce lent héritage, l'action d'une dothinentérie arrivée à la période où elle est surtout transmissible. Je serai mieux compris par l'exemple suivant.

La famille Breton se compose du père, âgé de quarante-cinq ans; de sa femme, âgée de trente-huit; d'une grand'mère, âgée de soixante-dix, et de six enfans dont cinq forment avec les trois premiers un ménage de huit personnes réunies dans une petite maison dite les Liards, placée au sommet d'une côte assez élevée; une cour étroite, resserrée entre la maison et une grange parallèle, conduit à cette habitation isolée qui présente le triste tableau de la malpropreté unie à la misère.

Au commencement de septembre 1833, une jeune fille de douze ans est prise de la dothinentérie. Elle touche à la convalescence lorsque, dans les premiers jours d'octobre, le père Breton et presqu'en même temps un fils de onze ans et une autre fille de cinq, offrent les premiers symptômes d'une dothinentérie qui plus tard fut très grave. Le petit garçon eut le corps tout couvert de pétéchies; tous perdirent par les narines du sang qui suintait en outre des lèvres, des gencives, de la langue, et se concrétait sous forme d'enduit épais et fuligineux. L'enfant de cinq ans fut retardé dans sa convalescence par un ulcère gangréneux du sacrum.

Ces trois malades étaient eux-mêmes au troisième septénaire, lorsque la femme Breton, qui allaitait le sixième enfant, se vit à son tour dans l'obligation de s'aliter.

Bientôt la grand'mère fut prise aussi, puis une autre fille de neuf ans. Alors la répugnance des malades pour l'hôpital céda devant la nécessité, et je parvins à en faire conduire trois à l'hospice de Château-du-Loir.

Une convalescente et deux malades restèrent à la maison; ils furent soignés par la jeune fille de treize ans, habituellement absente, mais revenue exprès au foyer paternel, et une veuve Morand, leur parente et voisine, âgée de quarante-huit ans. Plusieurs voisins leur firent de courtes visites, mais la veuve Morand, en sa qualité de sœur de Breton, leur prodigua surtout des soins; elle est dans ce moment (23 novembre) au dixième jour de sa fièvre typhoïde, et la première malade d'une famille demeurant à la Fosse, à une portée de fusil des *Liards*. Nous ferons observer que trois habitations plus rapprochées des Liards, n'ont aucun dothinentérique.

La veuve Morand demeure avec deux enfans, âgés de vingt-un et de dix-sept ans; son père, âgé de soixante-quinze ans, un jeune garçon de ferme, plus une sœur venue exprès pour donner des soins à la malade. J'aurais voulu les soustraire au dangereux voisinage d'une dothinentérique, mais il ne m'a pas été possible de la décider à venir à l'hospice de Château-du-Loir.

Pendant plusieurs semaines elle a pu être approchée impunément par les différens membres de sa famille; mais le 6 décembre, vingt-deuxième jour de sa fièvre, la sœur et garde-malade nommée Marie, est à son tour forcée de s'aliter, après avoir présenté pendant quatre jours les prodrômes de la fièvre typhoïde.

Le 17, je l'ai visitée; la dothinentérie était bien caractérisée, quoiqu'en apparence moins grave que chez ses parens.

La jeune fille, première malade des Liards, n'avait eu aucune relation suspecte, peut-être a-t-elle été prise sous l'influence de conditions d'infection jusqu'alors impuissantes; mais n'est-il pas évident que cette malade à elle seule devient ensuite cause bien plus réelle de propagation.

Celle-ci s'opère lorsque la première dothinentérie est arrivée à sa dernière période, époque, où dans tous les lieux nous l'avons vue surtout transmissible.

Trois personnes contractent de cette première malade, le même intervalle s'écoule, puis la mère Breton, la grand'mère, un autre enfant, qui avaient résisté aux rapports directs avec la première dothinentérique, succombent au contact bien plus funeste de trois malades à la fois. En dernier lieu, une veuve Morand est prise de préférence à de plus proches voisins, mais cette femme est une parente dont les soins ont été plus constans.

L'enfant que la mère n'a pas cessé d'allaiter dans le cours de la fièvre est seul resté sain au foyer de l'épidémie.

La fille de treize ans eut, dès le 3 décembre, les prodrômes de la dothinentérie, savoir: céphalalgie, vomissemens, agitation fébrile et insomnie. (Observation 7e.) Et par une fatalité déplorable, elle et sa tante, la veuve Morand, ont été victimes de l'assistance qu'elles étaient venues généreusement porter à leur famille des Liards.

La grand'mère a succombé dans un état d'affaissement qui a suivi les symptômes de la dothinentérie. Tous les autres membres de la famille Breton se sont rétablis sous l'influence de tisanes mucilagineuses, d'eau panée, de bouillons de viande.

Pendant sa convalescence, le père qui semblait épuisé, a pris avec succès une tisane de quassia-amara.

Ils ont été traités en partie par mon confrère et ami le docteur Cullier, avec lequel je les ai visités avant de leur donner mes soins à l'hôpital.

Pour distinguer l'infection de la contagion, il est donc important de tenir compte de l'intervalle de temps qui s'écoule entre un premier malade et les suivans.

C'est ainsi que l'on peut connaître l'époque à laquelle une maladie est transmissible, et par conséquent le moment où les relations sont dangereuses.

Un retour sur nos malades nous convaincra que la dothinentérie est rarement contagieuse dans les quinze premiers jours.

1° Le domestique de Contereau est pris le 7 août, sa sœur les premiers jours de septembre

à la même époque madame Contereau mère.

2° M. La Guérinière était au quatrième septénaire de la fièvre typhoïde, lorsque sa dame en eut les premiers symptômes.

3° La sœur de madame Perret lui donne des soins pendant un mois avant de contracter la maladie.

4° Madame Gasselin est obligée de s'aliter dans les premiers jours du mois de mai, le 23 sa fille offre les prodrômes de l'affection typhoïde; elle en est décidement atteinte le 26.

5° Henriette Lefèvre est en convalescence lorsque sa mère commence sa dothinentérie.

6° Celle-ci meurt au quatrième septénaire; son autre fille n'était pas encore malade, elle le devint bientôt et succomba à son tour.

7° A la Drouanderie, au Petit-Gênes, à la Brosse, même distance de trois à quatre semaines entre les premiers malades et les suivans.

A Vaas, cette lenteur de succession fut remarquable et constante dans presque toutes les familles.

Si quelques malades propagent plus promptement la dothinentérie, c'est le petit nombre, ils font exception à une règle très générale.

La dothinentérie acquiert lentement le caractère contagieux; elle le perd lentement aussi; des convalescens l'ont souvent répandue autour d'eux.

Il serait donc nécessaire, dans les établissements publics, d'isoler pendant plusieurs semaines les individus guéris de ceux qui n'ont pas été atteints.

Quant à l'incubation, quoiqu'en général elle ne dépasse pas huit jours, elle peut par exception s'étendre au delà.

Parmi les élèves partis bien portans de La Flèche lorsqu'une épidémie affligeait le prytanée, quelques uns ne sont tombés malades que quinze jours après leur arrivée.

Toutefois il faut remarquer que les prodrômes de la dothinentérie peuvent se prolonger plusieurs jours et permettre à quelques sujets de ne rien changer à leurs habitudes.

En tenant compte de cette circonstance, le temps d'incubation dépassera rarement huit à dix jours; je l'ai vu bien plus bref, j'ai cité des individus qui après une seule visite de quelques minutes ont été atteints dans les vingt-quatre heures.

Tantôt cette puissance de contagion paraît tenir du malade qui infecte les différens lieux où il arrive ou toutes les personnes qui l'approchent.

Tantôt elle semble due au nombre des dothinentériques réunis dans un même foyer : la propagation alors est plus imminente, comme les dangers d'un empoisonnement sont proportionnés aux doses du poison.

Tantôt, au contraire, elle paraît tenir aux sujets contractans, et dépendre d'une aptitude inexplicable : l'on en voit, en effet, qui sont victimes d'une simple et courte visite, tandis que d'autres s'exposent témérairement et impunément aux chances les plus redoutables de la contagion. Cette bizarrerie mérite un examen particulier.

APTITUDES, IMMUNITÉS.

Je n'examinerai pas classiquement les aptitudes qui peuvent dépendre des applicata, des circumfusa, des ingesta, etc. etc.; je m'en tiens toujours aux faits pratiques matériels, et je vois que la transmission de la dothinentérie semble plus fréquente dans les campagnes que dans les villes.

A Paris, les médecins qui se sont le plus occupés de cette maladie, doutent encore de son caractère contagieux, MM. Serres et Petit; M. Louis ne parle pas de la contagion.

Voici ce qu'en dit M. Andral :

« Une fois développée, la fièvre typhoïde est-« elle susceptible de se propager par contagion ? « Dans ces derniers temps le docteur Breton-« neau, M. Gendron, et quelques autres mé-« decins ont soutenu que la dothinentérie « était une affection éminemment contagieuse.

« Nous ne nions pas les faits cités par ces au-« teurs; mais ce que nous avançons avec assu-« rance, c'est que jamais à Paris, soit dans les « hôpitaux, soit hors des hôpitaux, nous n'avons « reconnu à cette maladie le moindre carac-« tère contagieux.

« Dans les hôpitaux, on ne voit pas qu'elle « se transmette de l'individu qui l'apporte de « dehors à ceux qui sont couchés dans les lits « voisins du sien, on ne voit pas non plus que « les malades auxquels on donne le lit précé-« demment occupé par un individu guéri ou « mort de la dothinentérie, viennent à en être « atteints.

« Les médecins ou élèves en médecine qui en « sont frappés ne sont pas plus particuliè-« rement ceux qui ont touché les malades qui « en étaient affectés.

« Hors des hôpitaux, quelles circonstances « plus favorables à la contagion que celles qu'on « trouve réunies chez les élèves en médecine « qui soignent leur camarade malade de fièvre « typhoïde ? Renfermés dans une chambre ordi-« nairement peu spacieuse, ils leur prodiguent « les soins les plus assidus comme les plus dé-« voués : si la maladie était contagieuse, pres-« que tous devraient la contracter; et cependant « nous ne nous rappelons pas avoir vu une seule « fois la maladie naître de cette manière chez « un individu sain....

« Plusieurs fois nous nous sommes informés « si le lit ou la chambre qu'occupait un élève « actuellement malade, l'avaient été récemment « par d'autres qui avaient aussi eu la dothinen-« térie, et nous avons vu qu'il n'en avait été « ainsi que dans des cas fort rares, de telle « sorte qu'il était alors permis de penser que si « dans un même lieu s'étaient succédés deux « individus, atteints d'une même espèce de ma-« ladie, ce n'était là qu'un simple hasard. »

Entre les faits publiés par M. Andral, et ceux que j'ai observés, il existe une dissidence dont la cause n'est pas facile à apprécier.

La dothinentérie se transmet si fréquemment dans les campagnes, qu'on serait tenté d'admettre chez les paysans une certaine aptitude à la contracter.

Je ne pense pas que cette aptitude dépende des individus, de leur profession ou de la qualité de leurs alimens. Réunis souvent dans une seule chambre, logés dans des maisons peu spacieuses, dont les ouvertures sont ménagées comme si en les construisant on eût pensé à

l'impôt des portes et fenêtres, tous les membres d'une même famille passent les nuits dans l'appartement du malade. Les rapports des paysans entre eux, sont donc fréquens, et les chances de contagion multipliées dès qu'ils ont un seul malade.

L'air de l'appartement peu renouvelé doit être plus imprégné du poison, quel qu'il soit.

Il est certain que les individus qui travaillent au dehors pendant la journée contractent moins vite que ceux qui font l'office de gardes-malades.

Si les conditions d'infection communes dans les campagnes facilitent la propagation de la dothinentérie, en général elles sont rarement suffisantes pour son développement spontané.

D'ailleurs la contagion s'opère souvent en l'absence de ces mêmes conditions. Exemples : M. la Guérinière, madame Perret, Refour, les élèves de La Flèche, etc. etc. En ville, les garde-malades sont souvent suppléées par des domestiques, les élèves en médecine se relèvent près de leurs condisciples, et les soins qu'ils donnent dans les hôpitaux se bornent à quelques heures par jour.

Dans les campagnes au contraire une garde-malade ne quitte pas son malade, elle reste constamment plongée dans une atmosphère d'autant plus dangereuse qu'elle est peu renouvelée.

Les chances de contagion sont donc réellement moindres en ville et dans les hôpitaux que dans les familles nombreuses de nos petites localités. Cependant la propagation de la dothinentérie n'est pas aussi rare à Paris qu'on serait tenté de le croire.

Lorsque les hôpitaux possèdent dans une même salle un certain nombre de dothinentériques, alors la contagion est plus à craindre et des élèves en sont atteints dans leur service.

Je pourrais citer plusieurs de mes condisciples qui en 1814, ont contracté le typhus dans les hôpitaux de Paris. Au mois de mai et de juin de cette même année, je fus pris de la dothinentérie, après avoir traversé plusieurs fois des salles de fiévreux pour me rendre près des blessés que je soignais dans le service de M. Dupuytren ; plusieurs médecins furent malades, dans différens hôpitaux, notamment le docteur Rostan, aujourd'hui professeur de clinique médicale. Dans la description que ce même professeur donne de la dothinentérie, il convient qu'elle offre les caractères de la fièvre adynamique et du typhus, et il admet sa transmission par contagion.

M. Bretonneau cite plusieurs observations d'élèves en médecine qui ont pris la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, de Tours et de Rouen.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de rappeler les faits que j'ai exposés pour établir que des individus de tout âge, de tout sexe, de professions différentes, de conditions inégales, de pauvreté ou d'aisance, ont été également frappés par la contagion.

Celle-ci s'est opérée avec la même facilité dans les diverses saisons.

Des enfans, des adultes, des nourrices, des femmes enceintes et même des vieillards ont été pris après un contact plus ou moins répété.

En général, les adultes et les enfans ont été très aptes à la contagion, d'autant plus imminente que les communications ont été plus intimes.

Toutefois il n'est pas d'épidémie qui frappe tous les individus placés dans son foyer, il n'est pas de contagion infaillible et qui atteigne sans exception tous ceux qui s'y exposent.

Les immunités ont été fréquentes dans nos épidémies de dothinentérie, quelques unes ont été remarquables et méritent une mention particulière.

Au petit Gênes, en 1829, une femme, quatre enfans sont successivement malades, le père seul est préservé et n'a jamais eu la dothinentérie.

Un tisserand âgé de 36 ans, nommé Marin Dufay, n'ayant jamais été malade, a couché impunément pendant 40 nuits avec sa femme prise de la maladie épidémique de Coëmont.

Anne Lemeunier, habitant un bourg voisin de la Drouanderie, y vint pendant la maladie de sa mère, et partagea pendant six nuits le lit de sa sœur qui avait encore des paroxismes fébriles et des sueurs assez abondantes.

Dans ce même hameau la femme Fortier, nourrice, prise de la dothinentérie a continué à allaiter sa fille qui se maintint bien portante.

Un fait semblable vient d'avoir lieu chez la femme Breton.

La dame Durand, du Fresne, continua jusqu'à sa mort à allaiter son enfant dont la santé ne parut pas dérangée.

Nous ne connaissons qu'un enfant à la mamelle qui ait présenté après la maladie de sa mère, les symptômes de la dothinentérie. Le peu de développement des glandes de Peyer et de Brunner à cet âge, serait-il une cause d'inaptitude ? ou plutôt les symptômes de la maladie seraient-ils assez obscurs, pour la rendre douteuse ou méconnaissable chez les enfans au berceau ? je serais tenté d'admettre cette dernière hypothèse.

Les aptitudes de sexes ne me paraissent nullement démontrées. Dans les grandes villes dans les établissemens publics, dans les armées, naturellement les hommes fournissent un plus grand nombre de fiévreux. Dans les campagnes surtout, où les femmes se consacrent aux soins des malades, fréquemment elles font les frais de l'épidémie.

C'est ainsi qu'au hameau de la Brosse, sur onze dothinentériques on comptait neuf femmes.

J'ai cité les exemples les plus saillans de de non contagion, je ne parle pas du grand nombre d'individus qui ont fait des visites passagères aux malades. En bonne logique, l'on ne doit pas chercher si telle personne aurait dû être atteinte, mais si telle personne atteinte a été préalablement exposée. L'immunité est un fait commun à toutes les maladies contagieuses; toutefois il ne faut pas compter sur la duree d'un tel privilége accordé parfois au courage et à l'imprudence.

Deux dames passaient alternativement les nuits auprès d'une jeune malade atteinte de la dothinentérie pendant les grandes chaleurs de l'année 1825. Toutes deux reposèrent sur un lit de sangles qui le jour était occupé par la malade ; cette imprudence n'eut pour elles aucune suite fâcheuse ; la dothinentérie était

cependant des plus graves, la malade succomba au 31e jour.

Quinze mois après, ces deux dames furent prises d'une fièvre typhoïde contractée près d'un parent qu'elles avaient soigné sans faire d'imprudence.

Mademoiselle Gasselin qui fut atteinte de la fièvre typhoïde après quelques visites à sa mère malade, avait couché l'année précédente quatre nuits de suite avec sa sœur convalescente de la même maladie.

Ainsi des individus s'exposent impunément à la contagion, sans qu'on puisse expliquer pourquoi, préservés à telle époque, ils succombent à telle autre.

Ces immunités singulières se retrouvent dans toutes les maladies contagieuses.

Le vaccin d'un même bouton communique la vaccine à tel enfant et non à tel autre, les circonstances de l'inoculation étant d'ailleurs égales.

Au mois de mai de l'année 1810, trois individus furent successivement attaqués par un loup furieux sorti de la forêt de Bercé.

Le premier était un jeune homme qui fut mordu au bras.

Le deuxième nommé Bobé, tourneur à Marigné, lutta avec l'animal, et eut la joue déchirée.

Une femme âgée de trente ans fut ensuite mordue au pouce et au sein.

Aucune des plaies ne fut cautérisée, les trois blessés furent soignés par un officier de santé de Mayet, possesseur contre la rage d'un remède auquel sa vieille expérience a donné une grande réputation, car il affirme avoir guéri par ce seul moyen un grand nombre d'individus et de bestiaux.

Ce remède, dont la formule se trouve dans un almanach manceau de 1764, est un mélange de poudres d'armoise, d'absinthe, de bétoine, de petite centaurée, de petite menthe, de millepertuis, de mélisse, de grand plantain, de polipode de chêne, de reine des prés, de rhue, de verveine et de menue sauge.

Malgré l'administration exacte du spécifique, Bobet présenta le seizième jour, les premiers symptômes de l'hydrophobie, et succomba le 17.

Les deux autres blessés soumis aux mêmes traitemens, furent long-temps en proie à la plus grande terreur; et cependant ils se sont complètement rétablis, ce qui démontre que le virus rabiérique de même que le virus vaccin, n'est pas infaillible.

Je pourrais citer des personnes qui à l'armée ont couché impunément avec des galeux. Dernièrement encore j'ai vu une femme de chambre atteinte d'une gale contractée, et qui donnait depuis huit jours des soins continuels à plusieurs enfans. Aucun ne souffrit de ce fâcheux contact.

Ne sait-on pas que la cohabitation avec des syphilitiques ne détermine pas infailliblement la syphilis; que des hommes courageux se sont impunément inoculé la peste, tandis que des soldats moins exposés la contractaient. Ainsi des maladies bien plus contagieuses que la dothinentérie ne se transmettent pas constamment, même sous les conditions les plus favorables à la contagion.

Exiger d'une maladie, pour lui reconnaître un caractère contagieux, que sa propagation soit continue et forme une chaîne dont les anneaux ne soient jamais rompus, c'est vouloir ce qui n'est pas, et nier sa transmissibilité parce qu'elle n'est pas infinie, c'est méconnaître ce qui est réel.

Il se pourrait que des circonstances frivoles, en apparence, si elles n'étaient pas négligées par les médecins, expliquassent l'immunité des uns et la transmission du mal chez les autres.

Nous avons parlé des quatre journaliers de la Drouanderie qui prenaient leurs repas dans la chambre d'une dothinentérique. Le nommé Levilain fut seul préservé. Plusieurs fois il m'a raconté que ses camarades échauffés par le travail négligeaient de reprendre leurs vêtemens, tandis que lui avait soin de se bien couvrir avant d'entrer chez la malade.

Je n'aurais pas fait mention de cette particularité, si je n'avais lu dans l'ouvrage de M. Moreau de Jonnès, que les Indous sont plus souvent attaqués que les Anglais par le choléra.

« On peut croire, dit-il (rapport au con-
« seil supérieur de santé pag. 29), que la nudité
« de leur corps les expose davantage à l'ac-
« tion immédiate du principe contagieux. »

Dans les différentes épidémies que j'ai observées, l'immunité acquise par une première attaque de la dothinentérie a été remarquable, et c'est la seule sur laquelle on doive généralement compter.

1° Trois journaliers contractent la dothinentérie chez la veuve Rousseau, deux la communiquent à leur famille, le troisième nommé Chevalier ne la propage pas : il a été soigné par sa femme, qui avait eu cette maladie quelques années auparavant. (Fait constaté par un praticien instruit, M. Labbé, médecin à Saint-Christophe).

2° Le domestique de Contereau transmet la fièvre typhoïde à sa sœur, à la mère de ses maîtres : ces derniers l'approchent sans danger, ils l'ont eue quatre ans avant lui.

3° Au petit Gênes, Juniet fils infecte tous ceux qui lui donnent des soins, excepté son père et sa mère : tous deux ont eu précédemment la dothinentérie, le mari vingt ans, la femme deux ans avant l'épidémie dont ce même fils est le point de départ,

4° En 1829, la même maladie est importée dans une nouvelle famille du petit Gênes, et ne va pas au delà malgré les visites des habitans du hameau déjà frappés une fois.

5° A huit années de distance, deux épidémies affligent Coëmont, la deuxième respecte tous ceux que n'a pas respectés la première.

6° Mon frère, le docteur Edouard Gendron, de Château-Renaud, a observé cette même espèce d'inaptitude.

La dothinentérie avait été importée, en mars 1828, au hameau de la Garillonnière par une domestique venue de Château-Renaud.

De ce hameau elle transmigre avec la femme Richer dans la commune de Villeporcher; le ménage de la malade se composait de son mari et de six enfans. Deux de ces derniers moururent, tous furent malades, le mari seul resta sain et sauf : il avait déjà payé son tribut à la dothinentérie.

En thèse générale l'on doit donc admettre l'immunité acquise par une première attaque de la fièvre typhoïde. Cependant cette règle ne sera pas sans exception.

J'ai publié en 1829 deux observations de dothinentérie contractée pour la seconde fois par deux individus.

J'ai vu cette répétition chez madame Perret du Lude. Sa seconde fièvre fut-elle spontanée? C'est possible, du moins je n'ai pu acquérir la preuve qu'elle ait été contractée; mais ce qui ne laisse guère de doute sur une première attaque, vingt ans avant la seconde, c'est que cette première maladie grave se déclara à la suite des soins donnés à sa mère; qui elle même mourut à la suite d'une fièvre dite putride-maligne.

Si l'on compare ces trois observations aux nombreuses immunités qui dans les foyers d'épidémie portent sur les individus précédemment atteints, et dans quelques familles ne portent que sur eux seuls, l'on n'hésitera pas à les ranger parmi les exceptions à une règle générale.

La fièvre typhoïde se rapproche ainsi de la variole, de la rougeole, de la scarlatine et des différentes maladies contagieuses que l'on observe rarement deux fois sur un même sujet. Pour les unes et les autres, l'on peut poser en principe qu'une première attaque rend inapte à une seconde.

Je veux borner là mes observations sur les dothinentéries épidémiques considérées dans les petites localités. J'écris sous l'influence de ce que j'ai vu, mais je suis loin de croire que ma pratique particulière puisse décider toutes les questions qui se présentent.

Celui qui envisage les maladies sous le rapport de leurs caractères épidémiques ou contagieux, s'impose un genre d'étude indéfini, c'est un cercle qui semble s'étendre à mesure qu'on le parcourt.

J'ai vu peu de dothinentériques chez lesquels la maladie ait paru spontanée. Des étrangers ou des hommes du pays, arrivant de voyage, ont été pris sans pouvoir donner sur leurs relations précédentes des renseignemens suffisans pour établir quelque chose de positif. En conscience j'ai dû ranger ces dothinentéries parmi celles dont la cause est inconnue, ne sachant si elles étaient spontanées ou contractées.

Je suis persuadé que le nombre des sporadiques et des endémiques diminuera en raison de la sévérité des recherches.

Les propositions suivantes découlent naturellement des faits exposés précédemment, et en sont le résumé.

1° La dothinentérie se transmet en raison successivement décroissante des rapports directs, immédiats et médiats, et des rapports indirects, médiats et immédiats.

2° Les épidémies de fièvres typhoïdes ont souvent pour origine l'importation de la maladie et lorsque l'importation n'est pas constatée, l'ordre si constant de propagation des premiers malades à leurs gardes, établit la vérité de ce principe: *l'épidémie est l'effet et non la cause de la contagion.*

3° La contagion agit en raison de la fréquence des communications et du nombre des malades, indépendamment de l'insalubrité de lieux, de la misère des habitans, du voisinage des habitations.

4° Partout où l'épidémie a reparu, il a été démontré que cette récrudescence ne pouvait être imputée à une insalubrité locale, qu'elle n'était point un effet épidémique, mais le résultat d'une nouvelle importation ou de communications suspectes.

5° Une dothinentérie isolée peut se transmettre même lorsque tout porte à croire qu'elle a été spontanée. Une dothinentérie contractée peut ne pas se propager et rester isolée; la bénigne se communique parfois plus grave et réciproquement.

6° Cette maladie a un temps déterminé, une période où elle est surtout contagieuse. Les convalescens peuvent la propager.

7° Les immunités ne prouvent rien contre la contagion, elles sont l'effet d'inaptitudes acquises ou inexplicables et passagères; elles paraissent quelquefois dépendre des malades doués plus ou moins de la faculté de transmettre, et démontrent que la transmissibilité est d'inégale force dans les mêmes maladies et dans les maladies différentes, les unes sont plus, les autres sont moins contagieuses.

Isoler les malades et les convalescens, renouveler l'air des appartemens; établir quand on le peut un nombre de garde-malades suffisant pour rompre le service de chacune par des intervalles de repos, inscrire dans chaque mairie les noms des individus atteints dans le cours d'une épidémie, et lorsqu'elle reparaît, choisir sur cette liste des garde-malades inaptes à contracter, ne point admettre les visiteurs inutiles, tels sont les moyens de diminuer les chances de la contagion.

Les effets des malades devront être lessivés, lavés, du moins aérés pendant un certain temps.

L'émigration des dothinentériques, a trop souvent multiplié les foyers d'infection. Les administrateurs éclairés, les médecins prudens, s'opposeront par leurs conseils à cette mesure, qui toutefois devra être approuvée s'il s'agit de transporter le malade à l'hôpital, véritable lazaret où généralement peu de personnes sont aptes à la contagion.

L'on ne peut pas se dissimuler qu'un prompt éloignement du lieu où la dothinentérie débute est pour les individus bien portans le plus certain des préservatifs. GENDRON,

de Château-du-Loir.

HOMÉOPATHIE;

Au milieu d'une controverse trop passionnée, la ligne de la vérité, du bon sens et de la justice est assurément difficile à reconnaître, et encore plus difficile à suivre. Cependant nous espérons y parvenir, à l'aide de la bonne foi et de la constance.

Nous entendons des hommes dont l'honnêteté et la science nous sont connues de longue date, dire: l'homéopathie est plus qu'une erreur.

Nous voyons d'autres hommes également honnêtes, plus instruits que les premiers en homéopathie, affirmer avec une grande conviction, que la doctrine du *dynamisme* est appelée à renverser le vieil édifice de nos traditions médicales, à faire comme on dit, *table rase.*

Entre ces partis extrêmes, il en est un qui

dévoué au principe *similia similibus curantur*, regardant comme incontestable l'efficacité des *doses infinitésimales*, pense que dans l'homéopathie il y a un grand progrès, mais non une révolution des sciences médicales. Pour eux, cette belle science, née des travaux anatomiques, physiologiques, pathologiques de tant de savans et de tant de siècles, ne peut pas périr, parce qu'un homme de génie a trouvé *la loi* suivant laquelle *les substances médicamenteuses doivent être appliquées à l'homme pour le rendre à la santé.*

Elle s'enrichira seulement d'une nouvelle et précieuse conquête, dont le besoin était vivement senti, *la vraie thérapeutique.*

En attendant que l'avenir prononce en faveur de l'une de ces opinions, nous, qui croyons au progrès et qui n'hésitons pas à soutenir de nos faibles moyens les découvertes que nous jugeons utiles, mais qui ne voulons pas cesser d'être médecin pour devenir apôtre, nous continuerons de dire nettement et avec indépendance toute notre pensée.

Nous pratiquons l'allopathie depuis dix ans, et cela, nous en avons conscience, avec quelque succès.

Chaque jour nous appliquons les préceptes de Hahnemann, lorsque nous pensons ne pouvoir être plus utile autrement à nos malades.

Nous pouvons donc comparer les effets de l'une et l'autre méthode.

Eh bien, ne voulant être ni injuste envers l'homéopathie ni ingrat envers l'allopathie, nous dirons aux uns : oui le principe *similia similibus curantur* est vrai et fécond; oui, l'efficacité des *doses infinitésimales* est certaine, positive, évidente: aux autres; non, nous ne consentons pas à nous brouiller sans retour avec la saignée et la *révulsion*, car ce sont là de puissans modificateurs de l'homme, et tout modificateur bien mis en œuvre est utile.

Et en exprimant ici nos idées, notre but n'est pas même de les faire adopter, quoiqu'elles nous paraissent bonnes. Nous n'avons d'autre prétention que celle d'engager les médecins à ne pas se prononcer légèrement pour ou contre la nouvelle doctrine, et à l'étudier : c'est un devoir. Parmi des erreurs et quelques non-sens, elle recèle d'admirables vérités. Elle contient assurément le germe de la thérapeutique qui manque à tout praticien. Les faits primordiaux de cette importante branche des sciences médicales sont là; la loi de leur production est trouvée, il reste à les collationer et les coordonner.

La question des doses quoique secondaire et n'apparaissant que comme une conséquence du principe, domine cependant pour le moment les vraies questions soulevées par l'homéopathie.

L'incrédulité que fait naître la puissance d'un décillionième de grain éloigne les meilleurs esprits d'une doctrine qui repose en partie sur un fait, tranchons le mot, absurde en son énoncé.

Cependant, quoique absurde, il est vrai; pour s'en convaincre il ne faut que vouloir observer, non une fois mais cent fois : car un fait isolé ne saurait être concluant; ce n'est qu'en le reproduisant souvent, toujours, qu'il force la conviction, quelque extraordinaire qu'il soit.

Nous allons rapporter quelques faits, non pour prouver notre assertion, ce genre de preuve est impuissant; il faut être soi-même témoin d'une chose pour la bien apprécier, mais pour exciter les médecins qui cherchent la vérité, à faire des essais.

Parmi les malades chez lesquels nous avons abattu homéopathiquement cet état inflammatoire général qui constitue la fièvre et qui se rencontre dans toutes les maladies aiguës, nous en citerons trois.

Une jeune fille de sept ans tombe subitement malade. Le premier jour, les parens la mettent à la diète et aux boissons tempérantes. Le lendemain la maladie fait des progrès, et l'on m'envoie chercher.

Je trouve la malade au lit, et dans l'état suivant :

Céphalalgie violente, assoupissement continuel, mais la malade se réveille avec facilité; face rouge, peau injectée sur quelques points comme à l'approche d'une éruption scarlatineuse; pas de mal de gorge, langue légèrement sèche, soif vive, inappétence; pouls, cent trente pulsations. La poitrine explorée par la percussion et l'auscultation, ne présente rien que de normal. Le ventre est peu tendu, sans colique, nullement douloureux à la pression, pas de dévoiement. Ne trouvant aucune lésion à laquelle on dût rattacher cet appareil fébrile, je le considérai comme le précurseur d'une maladie éruptive, et, autant pour attendre que pour soulager la malade, je prescrivis *aconit*, 30e *dilution*, *globules* ij, à prendre toutes les trois heures. Le jour suivant, à huit heures du matin, je trouvai l'enfant assis sur son lit, mangeant une soupe, et ne présentant pas un symptôme de maladie. Le pouls battait soixante-dix fois.

Un cocher, âgé de 35 ans, fort, pléthorique, fut saisi d'un violent rhumatisme articulaire. Je le vis le soir même. Il m'offrit l'état suivant : Céphalalgie atroce, face rouge, conjonctives injectées, sueur générale; douleurs horribles dans toutes les articulations, surtout celle de la cuisse gauche; pouls fort, tendu, et donnant cent vingt pulsations; aucun symptôme saisissable dans la respiration, la digestion, etc. Je dois avouer que je cherchai une lancette dans mon portefeuille; jamais je n'avais vu une indication mieux tranchée que celle d'une forte saignée. Je me ravisai en pensant que je *n'avais pas encore une fois* échoué avec l'aconit.

Je le prescrivis, et le lendemain je trouvai le malade couché, calme, sans céphalalgie, sans fièvre, avec ses douleurs articulaires. Je les combattis avec une seule dose de *nux vomica*, et le onzième jour il reprit son service.

Un enfant de deux ans atteint d'une bronchite intense, offrait tous les symptômes que l'on sait accompagner cette affection, et entre autres, agitation, insomnie, chaleur extrême, cent trente-cinq pulsations dans le pouls.

Je donnai l'aconit, ainsi que je l'ai dit plus haut. Le lendemain, je retrouvai le malade dans le même état, ne présentant pas le plus petit changement. Je restai un peu désappointé, pensant avoir échoué. Lorsque recueillant mes souvenirs et ne pouvant me résigner à cet échec, je demandai à la mère de l'enfant si l'on avait bien exécuté ma prescription. Les assurances que je reçus ne me permettant pas de conserver un doute à cet égard, je dus m'avouer que rien

en médecine n'est infaillible. Je répétai cependant l'épreuve, et pour plus de sûreté j'envoyai chercher le médicament, pour l'administrer moi-même. Au moment où je donnais au domestique l'adresse du pharmacien qui prépare les médicamens homéopathiques, la mère de l'enfant m'interrompit pour me dire qu'elle avait son pharmacien, qu'elle désirait ne pas en employer un autre. J'insistai, lui disant que son pharmacien ne préparait pas ce genre de médicamens. Elle me répondit que j'étais dans l'erreur, et que les *poudres prises la veille par l'enfant* venaient de chez lui.

Ce fut un trait de lumière pour moi, je n'ajoutai plus un mot, j'exigeai seulement que pour cette fois au moins on allât chez mon pharmacien.

L'aconit pris en ma présence, je me rendis chez le pharmacien qui avait exécuté ma première ordonnance. J'en sortis convaincu de ce que j'avais soupçonné.

Le lendemain, l'enfant était sans agitation, sans fièvre, soixante-douze pulsations dans le pouls.

Le catarrhe céda ensuite en neuf jours à la *camomille* et la *belladone*.

Je dois dire une fois pour toutes, que dans les faits que je rapporterai il n'y a pas à invoquer l'imagination frappée par un appareil de questions, de moyens nouveaux, etc. Je *ne dis jamais* à mes malades que je les traite homéopathiquement. Ce n'est que lorsque ce traitement m'est spécialement demandé que je le fais ouvertement. BLANC. *D. M.*

(1) Nous proclamons hautement et jusqu'à plus ample informé notre profonde incrédulité dans l'homéopathie; mais nous ne refusons pas nos colonnes aux médecins homéopathes. Nous nous bornons à une seule réflexion. Il n'y pas de semaine que, dans la pratique particulière, nous ne voyions chez les enfans, et chez les hommes frappés de ce que l'on appelle un coup de froid, les symptômes fébriles céder en un, deux ou trois jours, sans autre chose que l'expectation.

(Note des rédacteurs.)

Observations sur la préparation du cyanure de potassium pour l'usage médical (1).

La note de M. Figuier me donne l'occasion de présenter ici sur le cyanure de potassium quelques observations qui ne seront pas, je crois, sans importance pour la pratique médicale.

Le cyanure de potassium est regardé, depuis quelques années, comme un véritable spécifique pour calmer les névralgies. Soit qu'on l'administre en lotions à l'extérieur, soit qu'on le donne à l'intérieur, sa dose est toujours très faible, et il est de la plus haute importance que sa composition et partant son énergie soit toujours la même, car ses moindres variations pourraient entraîner les plus graves conséquences pour les malades. Il suffit, pour en donner une idée, de citer les observations que M. le docteur Trouvé, professeur à l'Ecole secondaire de médecine de Caen, a communiquées à M. Orfila, et que j'extrais du *Journal de chimie médicale*.

Un malade, atteint d'une névralgie du tronc, prit trois lavemens composés chacun de six onces d'eau et de six grains de cyanure de potassium *humecté*, mais encore en masse. Le premier et le troisième furent administrés froids; le second fut chauffé au bain-marie, en tenant la bouteille bouchée. Tous les trois occasionèrent de fortes convulsions, des contractions violentes des membres; les yeux devinrent fixes, les pupilles furent dilatées. A la suite, le malade se trouva mieux et put se lever, ce qu'il avait été dans l'impossibilité de faire depuis un an.

Un quatrième lavement, composé comme les précédens, si ce n'est que le cyanure de potassium était *en bouillie et tellement humide*, qu'il adhérait aux parois du bocal, fut administré au même malade, qui ne ressentit aucune douleur et n'éprouva aucun accident.

Un cinquième lavement, donné trente-six heures après le quatrième, fut préparé avec la même dose de cyanure *bien sec*, pris dans un bocal qui n'avait pas encore été débouché, et qui exhalait à peine de l'odeur.

Le malade mourut au bout d'une heure, après avoir éprouvé les symptômes suivans : convulsions générales, battemens de cœur, respiration lente et difficile, refroidissement des membres, dilatation de la pupille, fixité des yeux.

On voit, par cet exemple déplorable, quelle différence il existe entre du cyanure de potassium sec ou humide, et à quels dangers cette différence peut exposer.

Si l'on ajoute à l'observation du docteur Trouvé toutes les causes qui peuvent, soit pendant sa préparation, soit alors même qu'il est bien préparé, modifier la composition du cyanure de potassium, et cela toujours aux dépens de son efficacité. On sera vraiment effrayé de cet état de choses.

On sait, en effet, par les expériences de MM. Pelouze et Geiger, qu'une dissolution concentrée de cyanure de potassium, soumise à l'ébulition, à l'abri du contact de l'air, se décompose de telle manière, qu'une proportion de cyanure, agissant sur quatre proportions d'eau, donne naissance à une proportion d'ammoniaque qui se dégage, et à une proportion de formiate de potasse.

La même dissolution, évaporée à l'air libre, donne naissance à un dégagement lent, mais continu, d'acide hydrocyanique, et il se produit des carbonates de potasse et d'ammoniaque, du formiate de potasse, de l'hydrocyanate d'ammoniaque, etc., tous produits qui n'ont aucun rapport d'action médicatrice avec la cyanure de potassium lui-même.

D'ailleurs, à l'état sec, le même cyanure, conservé dans un flacon mal bouché ou souvent débouché, se transforme en acide hydrocyanique qui se dégage, et en carbonate de potasse, qui se produit aux dépens de l'acide carbonique de l'air. Cette transformation s'opère avec plus de rapidité lorsque le sel est humide.

Cela posé, si l'on se reporte au mode de préparation du cyanure de potassium sec employé le plus habituellement en pharmacie, et qui consiste à dissoudre et évaporer à siccité le produit de la calcination du cyanure jaune de potassium et de fer, on voit que, pendant cette opération, une certaine proportion du cyanure doit être complètement dénaturée; que cette propor-

(1) Voir notre dernier numéro.

tion doit varier avec la rapidité de l'évaporation, la température employée, la quantité sur laquelle on opère, et qu'en un mot, on ne peut jamais obtenir un produit pur ni absolument identique avec celui des opérations précédentes. De là résulte que, en faisant usage du cyanure ainsi préparé, on est toujours exposé, plus ou moins, aux graves inconvéniens qui viennent d'être signalés.

Il existe cependant un moyen de se mettre à l'abri de ces dangers, et ce moyen fort simple consiste à ne plus admettre dorénavant, pour l'usage médical, que du cyanure de potassium fondu.

Lorsque l'on vient à briser la cornue dans laquelle on a calciné fortement et long-temps le cyanure jaune de potassium et de fer, on trouve une masse formée de cyanure de potassium et de quadricarbure de fer. Si l'on divise cette masse avec précaution, on peut, ainsi que l'a observé M. Robiquet, en séparer une certaine quantité de cyanure de potassium fondu, en fragmens blancs compacts, d'une pureté parfaite, et qui peut être immédiatement appliqué à l'usage médical. C'est le cyanure ainsi obtenu qui doit être exclusivement réservé pour cet usage, car c'est le seul qui puisse être administré avec une véritable sécurité. Mais sous cette forme aussi, l'énergie de ses propriétés qui sont dans toute leur plénitude, réclame de la part des médecins qui en prescrivent l'emploi la plus sévère attention et la prudence la plus scrupuleuse.

F. Boudet.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris; par le professeur Chomel (*Fièvre thypoïde*). 1 vol. in-8°.

La plupart des médecins qui ont marqué dans la science ont eu chacun sa manière de philosopher : les uns, après avoir imaginé dans le silence du cabinet un heureux système, essaient d'y faire entrer tous les faits qu'ils tronquent et qu'ils dénaturent; les autres, plus conséquens, divisent les faits médicaux en deux pas, les premiers, qu'ils systématisent et qui font science, les seconds, qu'ils laissent en dehors par impuissance de les rallier.

Au milieu de l'effroyable chaos, dans lequel, au grand préjudice de l'art, Brown et M. Broussais avaient jeté la médecine, il s'éleva quelques hommes à la tête desquels se placent MM. Louis et Chomel qui comprirent qu'il fallait procéder en médecine comme on procède en statistique, qu'il fallait *d'abord* n'appliquer son intelligence qu'à une chose, savoir, à recueillir les faits scrupuleusement et dans leurs plus minces détails, non que ces détails dussent toujours être utiles, mais parce qu'ils pouvaient l'être. Il fallait, dans cette statistique médicale, que les faits fussent nombreux, car le grand nombre est la première condition quand il s'agit de statistique. — Les faits rassemblés, il fallait les analyser l'un après l'autre, mettre en rapport chacun des élémens d'un fait avec les mêmes élémens de tous les autres faits, puis comparer, calculer, et écrire le résultat.

Pour un travail aussi éminemment utile qu'il est grave, difficile, fastidieux, il fallait que des hommes doués d'une intelligence élevée se résignassent à ne point mettre de *leur esprit dans les choses*, et à voir des croyances de toute leur vie médicale renversées par leurs propres travaux. Ils devaient se consoler de cette abnégation de leur propre intelligence par le bonheur d'avoir obtenu un *résultat* scientifique. Comme, dans un problème de statique, le mathématicien, conduit invinciblement par les formules, est encore heureux d'obtenir un résultat contraire même à celui qu'il avait prévu; car enfin c'est *un résultat*.

Les systématiques se raillent, souvent grossièrement, des écrivains qui procèdent ainsi; comme les alchimistes des siècles passés méprisaient les physiciens exacts qui renfermaient volontairement leur science dans le cercle étroit des vérités démontrées.

C'est par cette manière de philosopher que se recommandent à l'attention des savans, les leçons cliniques de M. Chomel sur la fièvre typhoïde, l'ouvrage de M. Louis sur le même sujet, la collection des Mémoires de ce même auteur, et son admirable Traité sur la phthisie pulmonaire; plus tard nous analyserons ces travaux intéressans, aujourd'hui nous ne donnerons, pour ainsi dire, qu'une table des leçons de M. Chomel sur la fièvre typhoïde, nous réservant de discuter les idées de ce professeur lorsque, dans un article spécial, nous mettrons en parallèle les travaux de MM. Petit et Serres, Bretonneau et Louis sur la dothinentérie.

L'ouvrage de M. Chomel se divise en huit chapitres principaux. Le premier traite des symptômes et de la marche de la maladie typhoïde; le second, des lésions anatomiques; le troisième, des causes; le quatrième, des formes diverses de la maladie; le cinquième, du diagnostic différentiel; le sixième, du pronostic; le septième, du traitement; enfin le huitième, de la nature de la maladie.

Il n'est aucun des chapitres qui ne contienne des propositions d'un grand intérêt, et qui ne fixe en quelque sorte la science sur des points tour à tour soutenus et contestés; et si nous ne sommes pas toujours d'accord avec le professeur sur certaines particularités, nous n'en reconnaissons pas moins que son livre doit être placé au nombre de ceux qui feront époque dans l'histoire de la médecine, autant par la méthode philosophique qui a présidé à sa rédaction que par les considérations pratiques qu'il renferme.

A. Trousseau.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

REVUE MÉDICALE.

(*Mai et juin* 1834.)

Les articles originaux de ces deux cahiers sont :

1° *De l'oxide blanc d'antimoine*, par le docteur Finaz ; 2° *Emploi de la digitale pourprée d'après la méthode iatraleptique*, par M. A. T. Chrestien ; 3° *Quelques renseignemens sur les lépreux de la Guyane*; 4° *Considérations pratiques sur la sortie de l'humeur vitrée dans l'extraction de la cataracte*, par M. Carron du Villards ; 5° *Mémoire sur la suie considérée comme succédané de la créosote*, par P. Blaud de Beaucaire ; 6° *Observations sur l'emploi du deuto-chlorure de mercure contre l'ophtalmie*, par M. Fuzet Dupouget, fils.

De l'oxide blanc d'antimoine dans la pneumonie, par M. Finaz. — Après avoir rapporté trois observations dans lesquelles l'effet heureux de l'oxide d'antimoine a été évident, et les évacuations sanguines très modérées ou presque nulles, M. Finaz conclut :

Il ne faut pas renoncer aux évacuations sanguines qui sont un utile auxiliaire ;

Plusieurs fois l'effet du médicament a été énergique, sans que l'inaction sudorifique se soit manifestée ;

Souvent les crachats restent muqueux, et ne deviennent point épais, tandis que la maladie se termine favorablement ;

L'oxide d'antimoine n'excite que très légèrement la muqueuse gastrique et intestinale ;

Il ne se dissout pas dans les véhicules dans lesquels on l'incorpore ; mais lorsqu'il est bien préparé (par sublimation) et bien pulvérisé, il s'y mêle facilement.

C'est sans connaître les travaux de MM. Récamier, Trousseau et Bonnet (dont les résultats sont, comme on sait, tout à fait pareils) que M. Finaz a formé, d'après sa propre expérience, les conclusions que nous venons d'énoncer.

Emploi de la digitale pourprée d'après la méthode iatraleptique, par M. A. T. Chrestien. — Cet article est extrait d'une nouvelle édition dont s'occupe en ce moment le neveu du docteur J. A. Chrestien. Ce dernier, dans l'édition de 1811, publia les succès obtenus de la digitale pourprée administrée par MM. Cros, de Castres ; Rogéry, de Saint-Geniez ; Ronger, du Vigan ; Durentis, de Saint-Jean-du-Breuil ; Bernard, de Béziers ; Blavet, de Montbazin ; Boucher, de Montpellier ; et Archbold-Aspold. Des cinq observations relatées aujourd'hui par M. A. T. Chrestien, les unes mettent en évidence les effets de la digitale pourprée contre l'hydropisie, puisqu'aucun autre moyen n'a été en même temps employé ; les autres, l'avantage de combiner quelquefois la méthode iatraleptique avec les remèdes intérieurs. La teinture de digitale que M. Chrestien emploie depuis ℥ B jusqu'à ℥ ij en 24 heures est ainsi formulée :

Digitale pourprée. . . . . ℥ j
Alcool. . . . . ℥ iij

M. A. T. Chrestien fait suivre quelques réflexions dans lesquelles il rappelle, pour l'adopter, l'opinion déjà exprimée par M. Begin (1) ; par M. Coissard, de Nantes (1) ; par M. Gérard (2), que, quand la circulation s'accélère sous l'influence de la digitale, c'est que l'estomac est irrité et en souffrance. Ce praticien n'a jamais vu le pouls s'accélérer, lorsque la digitale a été administrée en friction sur l'abdomen et sur les cuisses : il est vrai qu'alors, dit-il, il n'y a pas toujours ralentissement de la circulation.

De la sortie de l'humeur vitrée dans l'opération de la cataracte et de son influence sur l'opération, par M. Carron-du-Villards. — M. Carron-du-Villards regarde comme fâcheux cet accident, qui est surtout à craindre chez les personnes irritables, parce que chez elles la contraction vive et spasmodique des muscles de l'œil presse cet organe et le vide facilement après la section de la cornée. On devra donc avoir soin de ne pas presser trop fort le globe oculaire pendant l'extraction de la cataracte, et, immédiatement après l'opération, de tenir le malade dans le plus grand calme en lui administrant même quelques cuillerées de potion calmante. Pour les mêmes raisons, il sera plus prudent de n'opérer qu'un œil à la fois lorsqu'il y aura deux cataractes.

De la suie, considérée comme succédané de la créosote ; par M. Blaud, de Beaucaire. — Nos lecteurs peuvent se rappeler (3) que, il y a déjà quelques mois, M. Blaud employait la suie, comme succédané de la créosote, contre les dartres et les teignes. Ce médecin publie aujourd'hui le détail des résultats qu'il annonçait alors. Cinq ordres de faits thérapeutiques sont compris dans son Mémoire :

1° Des éruptions cutanées diverses (six affections dartreuses, rebelles et graves, deux favus, une affection psorique qui avait résisté à une pommade de soufre et de sous-carbonate de potasse), qui toutes ont été guéries promptement ;

2° Des lésions cutanées s'étendant aux organes sous-jacens (un ulcère cancéreux, et un ulcère vénérien chronique et rebelle, guéris l'un en vingt-deux jours, l'autre en dix-neuf jours) ;

3° Des irritations et des exudations chroniques des membranes muqueuses également guéries ;

4° Des lésions des membranes muqueuses s'étendant à des organes sous-jacens : un cancer ulcéré de l'utérus, qui, après deux mois de traitement a offert, dans la partie susceptible d'être explorée, une cicatrisation complète.

5° Enfin, les affections qui ont résisté à l'action de la suie, ou dans lesquelles cette action a été plutôt nuisible qu'utile. Ces dernières sont des ulcérations de diverses natures.

L'importance de ces résultats nous engage à publier dans leur entier les deux observations de M. Blaud, relatives au cancer de la mamelle et au cancer de l'utérus.

Observation. Cancer de la mamelle droite, ulcéré depuis un an ; guérison par la décoction et la pommade de suie.

Marguerite Michel, âgée de 64 ans, ayant cessé d'être réglée à 49, s'aperçut, il a cinq ans, de l'existence, dans la mamelle droite, d'une tumeur dure, mobile, de la grosseur

(1) Traité de Thérapeutique.

(1) Thèse inaugurale. Montpellier, 1822.
(2) Thèse inaugurale, Paris.
(3) Voir notre Xe livraison, pag. 281.

d'une noix. Cette tumeur prit peu à peu de l'accroissement, et, deux ans après, elle avait atteint le volume d'un œuf de poule.

Alors aussi il s'y développa des élancemens douloureux, qui, d'abord légers et intermittens, devinrent continus, et d'une violence extrême.

Bientôt le mamelon rentra, et disparut par la rétraction du tissu cellulaire qui le liait à la glande squirrheuse; des veines variqueuses parurent dans son pourtour; il survint des hémorrhagies fréquentes, par le ramollissement et la rupture de ces vaisseaux, et enfin une ulcération qui fut croissante jusqu'au 4 mars 1834, où elle se présentait sous les caractères suivans :

Ulcère transversal, de quatre pouces de longueur, de trois de largeur et deux pouces de profondeur, à bords renversés en dehors, durs, bosselés, à surface inégale, de couleur rouge-pâle, mêlé de points jaunâtres, et de laquelle suinte un liquide ichoreux et d'une horrible fétidité.

Cet ulcère est d'une sensibilité extrême, et fait éprouver, nuit et jour, à la malade, des douleurs atroces qui, depuis plus de six mois, la privent des douceurs du sommeil. Aussi y a-t-il perte de l'appétit, maigreur, une sorte de marasme. La nature de l'affection est évidente.

Prescription. Lotions fréquentes avec une décoction de suie tiède; application de la pommade suivante dans l'intervalle des lotions :

℞ Axonge. . . . . ℥ ij
Suie. . . . . ʒ ij
Extrait de belladone
(à cause de la sensibilité de l'ulcère). ʒ ij
M.

A la première application de la pommade, l'ucération perd son excès de sensibilité, et les douleurs cessent pour ne plus reparaître; le sommeil revient.

Le 11 mars, la surface de l'ulcération a diminué des deux tiers; les bords en sont souples, affaissés; la suppuration n'est plus fétide; des bourgeons charnus en grand nombre et d'une bonne couleur apparaissent de toutes parts sur le reste de sa surface.

Le 20, la cicatrisation a fait de nouveaux progrès, et le 26, la guérison est complète. Plusieurs confrères, MM. Linnée, Quet, etc., ont été témoins de ce fait remarquable.

Observation. — Cancer ulcéré de l'utérus; cicatrisation prompte de l'ulcération sous l'influence de la décoction de suie employée en injections, et de la pommade de cette même substance.

Marie Bernard, âgée de 64 ans, ayant vu ses règles cesser à 50, éprouva, deux ans après, une sensation incommode de pesanteur dans les parties génitales, qui fut bientôt suivie d'une leucorrhée peu abondante, cessant de temps à autre, pour reparaître à intervalles irréguliers.

Cet état dura plusieurs années sans qu'il survînt aucun trouble dans l'organisation de la malade.

Mais peu à peu le sentiment de pesanteur acquit plus d'intensité; il survint des douleurs lancinantes dans l'intérieur du vagin, les selles et l'émission des urines devinrent difficiles; et enfin, le 21 décembre 1833, la malade ayant réclamé nos soins, nous offrit les symptômes suivans :

Douleurs lancinantes presque continuelles dans l'intérieur des parties génitales, écoulement par la vulve d'un liquide ichoreux sanguinolent et fétide, douleur intolérable dans l'aine gauche (où l'on n'aperçoit ni tuméfaction ni rougeur), se propageant au membre pelvien du même côté; défécation et excrétion des urines difficiles; la première ne peut avoir lieu qu'au moyen des lavemens, et la seconde, que par des efforts violens et fréquemment répétés; sensation d'un froid glacial dans les lombes, qui fait le tourment de la malade, et l'oblige de couvrir constamment cette région de vêtemens de laine fortement échauffés; sommeil nul; appétit diminué; maigreur; faiblesse musculaire, locomotion difficile, et par cette faiblesse, et par les douleurs dont le membre abdominal gauche est le siége.

Le toucher rend manifeste une large ulcération à la région qu'occupe le col de l'utérus. La partie de cet organe accessible au toucher a le volume d'une pomme de rainette; elle est bosselée, dure, et offre un ulcère de trois pouces dans son plus grand diamètre, et de deux pouces dans son plus petit, à bords inégaux, durs, renversés, en dehors, et divisé en plusieurs lobes par de profondes scissures. Un de ces lobes, situé à gauche dur, squirrheux comme les autres, mais plus volumineux, forme une espèce d'anse, et se continue avec le reste du corps de l'utérus; ce qui explique les douleurs que la malade éprouve dans l'aine de ce côté. Sans doute que le plexus sacré gauche se trouve atteint par l'inflammation cancéreuse; ce qui expliquerait aussi la douleur du membre pelvien correspondant.

Après cet examen, il ne peut plus y avoir de doute sur la nature de la maladie; c'était un squirrhe ulcéré de l'utérus qu'il fallait combattre; et par quels moyens?

Je prescrivis le traitement banal employé dans ces sortes de lésions organiques : bains de siége émolliens et calmans, injections et lavemens de même nature; extrait de ciguë dans la journée, opium le soir, pour procurer du sommeil la nuit.

Le mal ne fit qu'empirer.

Le 24 février, la malade, désespérée, fut à Montpellier réclamer les conseils du professeur Lallemand, qui ajouta l'extrait d'aconit à celui de ciguë, mais sans plus de succès.

Enfin les forces de la malade s'épuisèrent; la locomotion devint impossible, et la malade s'alita complètement.

C'est à cette époque que je faisais mes expériences sur la suie appliquée aux ulcérations diverses, et, en désespoir de cause, je tentai l'usage de ce médicament.

Le 11 mars, j'employai les injections de la décoction de cette substance au nombre de cinq à six, faites successivement au moyen d'une seringue à matrice, et répétées quatre fois dans la journée. La sensibilité de l'organe n'en fut point augmentée, et la malade n'en éprouva aucune douleur.

Le 18, l'ulcération avait perdu de son étendue.

Le 22, je joignis aux injections l'application de la pommade de suie (*voy.*) obs. 3); le 26,

l'ulcération était réduite au quart de sa surface primitive. Ses bords étaient affaissés, moins durs, plus égaux, et le volume de la tumeur était moindre; les scissures avaient disparu; les douleurs avaient cessé; les selles et l'émission des urines étaient plus faciles, et le sommeil était revenu.

Je remplaçai la pommade, dont l'application était difficile et toujours incomplète, faute de spéculum, et les injections, dont la répétition fréquente fatiguait la malade, par des bains locaux de décoction de suie, au moyen d'un entonnoir dont le bec recourbé, introduit dans le vagin, y produisait une arrosion continue.

Le 10 avril, l'ulcération n'est plus sensible. On a peine à atteindre l'utérus, dont l'engorgement a beaucoup diminué. Le doigt, après le toucher, n'est plus recouvert de mucosités sanguinolentes comme auparavant. Mais cet engorgement n'est pas détruit; l'utérus est encore dur et squirrheux, et il y a, sans doute, à craindre une ulcération nouvelle que la suie ne pourra prévenir.

Telle était encore mon opinion un mois après, bien qu'il n'y eût rien de changé dans l'état général de la malade, lorsque, le 10 mai, je la soumis à une nouvelle exploration.

Ce ne fut pas sans étonnement que je vis alors la partie de l'organe malade accessible au toucher ne plus offrir de squirrhosité, et ayant repris sa consistance et sa souplesse normales.

Le col de l'utérus n'existe plus; il a été détruit par l'affection cancéreuse, ainsi qu'une partie considérable du bas-fond de cet organe; ce qui est sensible par la dépression remarquable que présente la cicatrice à sa partie inférieure. Cette cicatrice s'offre, au toucher, sous la forme d'une bourse globuleuse, fermée par un cordon.

Bien qu'il n'y ait aucune ouverture sensible, quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent, qui s'en échappent par intervalles, et des douleurs plus ou moins vives qui se font sentir de temps à autre dans l'hypogastre, me font soupçonner que la surface interne de l'utérus est encore atteinte de l'affection cancéreuse; et, comme la décoction de suie n'y peut pénétrer, il est à craindre que ce cancer interne ne fasse des progrès, et n'entraîne la perte de la malade.

Quoi qu'il en soit, la puissance cicatrisante de cette substance est mise dans tout son jour par ce fait, dont mon confrère, M. Linnée, a encore été témoin, et que je publie, quoiqu'incomplet, parce qu'il montre l'étonnante efficacité d'un moyen si simple, dans une affection dont rien, jusqu'à ce jour, n'a pu empêcher l'issue funeste.

Du deutochlorure de mercure contre l'ophthalmie, par M. Fuzet Dupouget fils. — Ce médecin rappelle, en trois pages, l'efficacité des collyres de sublimé (un grain pour une once d'eau distillée) contre les ophthalmies chroniques et même aiguës. Il cite deux faits à l'appui, et pourrait, dit-il, en citer un grand nombre tirés de sa propre expérience.

—

ARCHIVES.

Les *Archives* de juillet contiennent au chapitre des mémoires et observations : 1° Des *considérations et observations sur l'hydropisie symptomatique d'une lésion spéciale des reins;* par J.-C. Sabatier, D. M., ancien interne des hôpitaux; 2° des *Considérations sur quelques points en litige concernant la luxation et fracture de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras;* par M. Rognetta; 3° une *Note sur un cas de grossesse tubaire, avec quelques observations sur une cause particulière d'hémorrhagie interne chez la femme;* par le docteur Olliver, d'Angers.

1° *Hydropisie et maladies des reins*; par M. Sabatier. Avant d'entrer dans son sujet, l'auteur rapporte, comme un exemple assez rare, l'observation d'un *œdème du membre inférieur gauche déterminé par une tumeur fécale comprimant la veine hypogastrique; guérison de l'œdème après la disparition de la tumeur opérée par les purgatifs.* Revenant ensuite à l'hydropisie déterminée spécialement par l'affection des reins, voici les *signes diagnostiques* qu'il donne : 1° Absence de lésion organique s'opposant au libre cours de la circulation; 2° douleur ou sensibilité au niveau des reins; 3° présence de l'albumine dans les urines, démontrée par l'acide nitrique ou l'ébullition. Ce dernier signe est certain, suivant M. Sabatier. — Les *caractères anatomiques* sont : Décoloration ou coloration jaune pâle et ramollissement de la substance corticale. Augmentation du rein en poids et en volume. Granulations blanchâtres disséminées à sa surface : les vaisseaux n'ont offert rien de remarquable. — De toutes les *causes* à l'influence desquelles l'affection dont nous parlons peut être rapportée, il n'en est aucune plus ordinaire que celle d'une exposition prolongée au froid et à l'humidité. Il existe sans doute une prédisposition organique qui favorise l'action de cette cause, mais que l'auteur croit impossible à déterminer. Le *pronostic* de l'hydropisie avec urine coagulable est d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne. Quant aux *indications thérapeutiques*, les principales, suivant l'auteur, se réduisent à cela : Au début, une ou plusieurs saignées générales, suivant la force du sujet. Le sang est souvent couenneux, et cette couenne est une invitation à recommencer la saignée. Les sangsues, les ventouses scarifiées peuvent succéder à la saignée, ou lui être substituées s'il avait lieu. Lorsqu'on a calmé les symptômes inflammatoires apparens, l'emploi des diurétiques est indiqué. Les bains de vapeur ont été administrés avec quelque succès à la Charité. Si l'hydropisie est considérable et l'intestin en bon état, on peut se trouver très bien de l'emploi méthodique des purgatifs. Le cautère sur la région des reins peut offrir des avantages, mais ce moyen n'a encore été essayé qu'une fois par M. Rayer.

Tels sont les aperçus que M. Sabatier présente sur l'hydropisie symptomatique de l'affection des reins. Il fait connaître ensuite plusieurs observations intéressantes sur ce sujet, la plupart accompagnées de circonstances particulières, et non signalées. Les auteurs anglais Wells, Bright, Gregory et Christison qui ont les premiers décrit cette maladie, n'en avaient donné aucune observation dans le jeune âge; M. Sabatier, pour combler cette lacune, com-

mence par rapporter les faits qu'il a pu recueillir chez les jeunes sujets.

Dans les trois premières observations, les sujets âgés de six à onze ans étaient affectés d'anasarque. Le signe certain des *urines albumineuses* ne manqua jamais d'exister : la mort s'ensuivit dans les trois cas. — Dans la quatrième observation, le petit malade, après plusieurs rechutes, finit pourtant par recouvrer la santé ; l'auteur croit que le sulfate de quinine y contribua beaucoup.—La maladie du sujet de la cinquième observation se termina aussi par la guérison ; elle fut compliquée d'une *scarlatine intercurrente*. Les deux derniers cas qui ont pour sujet des adultes de vingt-cinq et vingt-huit ans, et qui ne manquèrent pas non plus de présenter les signes pathognomoniques des urines albumineuses, se sont terminés par la mort.

2° *Luxations et fractures des os de l'avant-bras;* par M. Rognetta. Ce Mémoire, diffus et obscur, dont la partie anatomique surtout laisse beaucoup à désirer, n'est pas imprimé tout entier dans le numéro des *Archives* que nous analysons. La fin en est annoncée pour le cahier prochain, attendons jusqu'alors pour en rendre compte.

3° *Grossesse tubaire*; par M. Ollivier. — Lorsque la grossesse tubaire détermine une hémorrhagie mortelle, c'est le plus souvent par suite de la rupture du kyste fœtal. Cette hémorrhagie est rare dans les premiers temps de la grossesse, à cause que le kyste peut alors se prêter à l'extensibilité bornée du fœtus et de ses annexes ; elle est fréquente au contraire et de plus en plus à mesure que la grossesse avance, par la raison que cette enveloppe ne peut suffire à une ampliation nécessaire et chaque jour plus considérable.

L'observation que rapporte M. Ollivier, et qui lui est propre, est destinée à prouver que dans les grossesses tubaires toutes les hémorrhagies ne sont pas dues à une déchirure du kyste fœtal, mais qu'elles peuvent être aussi l'effet de la rupture de veines variqueuses développés dans l'un ou l'autre ligament large. Le nombre et le volume des branches veineuses qui formaient ce plexus dans le cas particulier dont il s'agit, portent l'auteur à penser qu'il existait antérieurement à la grossesse tubaire, et que c'est le mouvement fluxionnaire du sang, devenu considérable dès le début et avec le progrès de la grossesse extra-utérine, qui a produit la dilatation inégale et rapide de ces vaisseaux et qui a déterminé la rupture.

Voici cette observation : Pierrette Vincent, âgée de vingt-huit ans, éprouve une perte au commencement d'avril 1834, et va consulter un charlatan. Celui-ci donne des pilules composées, ainsi que l'a prouvé l'analyse, de terre bolaire et d'extrait de ratanhia. Malgré l'usage de ce médicament, la perte n'en continuait pas moins lorsque le 9 mai la malade éprouva tout à coup les symptômes d'une hémorrhagie interne, qui persistèrent malgré tout ce qu'on pu faire et auxquels elle succomba le soir même à neuf heures. — L'autopsie faite avec un grand soin, fit voir, entre autres choses, 1° qu'il y avait en conception et développement d'un fœtus dans la trompe du côté droit ; 2° que l'un des canaux veineux du plexus du ligament large du côté droit était le siége d'une rupture très circonscrite qui avait donné lieu à l'hémorrhagie mortelle.

Pour montrer la part que la grossesse peut avoir dans la production de pareils phénomènes, l'auteur cite une observation de Chaussier, tirée de son *Recueil sur divers objets de médecine légale*. Deux autres cas rappelés par M. Ollivier font voir pourtant que l'état de gestation n'est pas absolument nécessaire pour que les ligamens larges éprouvent un développement qui puisse donner lieu à une hémorrhagie funeste. L.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

LONDON MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

(*Juillet* 1834.)

Remarques sur les condylômes et les poireaux vénériens; par le docteur Johnson. — Suivant M. Johnson le condylôme vénérien consiste en *un épaississement interstitiel de la peau, tendant à la forme circulaire, lisse, c'est-à-dire sans fissures, et n'affectant jamais la forme lobulée*. Il en reconnaît trois espèces, qu'on pourrait appeler, d'après la description qu'il en donne, condylômes disséminé, ulcéré et aggloméré. Il recommande les astringens, l'acétate de plomb, l'alun, les décoctions d'écorce de chêne, de pavots, l'oximuriate de mercure, le nitrate d'argent, etc. Après avoir disserté assez longuement sur les poireaux, il conseille d'avoir dans tous les cas recours à l'excision.

Inflammation chronique du prépuce. — Elle arrive généralement chez les personnes dont le gland est habituellement recouvert. Ses caractères sont la rougeur du feuillet interne du prépuce, surtout près du frein, son épaississement, son excessive sensibilité, et sa disposition à s'ulcérer. L'auteur pense que, dans les cas de ce genre, les soins de propreté ne sont que palliatifs et qu'il faut recourir à la circoncision.

Luxation du fémur en avant et en bas. La tête de l'os était logée dans le trou ovale; la réduction a duré trois heures, en deux reprises, grâce au peu de solidité des mouffles employées, qui se sont cassées deux fois. Et puis, comptez sur les machines.

Opération de l'empyème, par le docteur Grieve. — Cette observation n'a de curieux que l'excessive quantité de pus contenu dans la poitrine, 23 pintes anglaises. Le poumon refoulé vers la partie supérieure de la région dorsale du rachis était réduit au volume du poing, et présentait l'apparence charnue indiquée par quelques auteurs.

Fracture des côtes et du sternum. — Extrait d'un ouvrage de M. le docteur Cooper, intitulé *Essais chirurgicaux* (Surgical essays), cet extrait ne renferme que l'application de principes connus.

Pneumo-thorax à la suite de perforation. — Un militaire, dont la poitrine était mal conformée, fut affecté successivement de bronchite,

puis de pneumonie. Vers la fin de cette dernière maladie, la percussion fit entendre le son métallique et l'on diagnostiqua un pneumothorax. Bientôt le malade rendit, dans de violens accès de toux, une grande quantité de liquide séro-albumineux, ce qui confirma la présomption qu'on avait déjà d'une communication directe entre le poumon et l'intérieur de la plèvre. La mort suivit de près cet accident. A l'autopsie, on trouva le poumon refoulé en haut, rempli de matière tuberculeuse, et creusé d'une cavité assez ample, communiquant avec le sac pleural, et dans laquelle se trouvait du pus. Les gaz qui s'échappèrent à l'ouverture de la poitrine étaient parfaitement inodores.

Anévrisme dans un cas de nécrose; mort par gangrène et hémorrhagie. — Le malade qui fait le sujet de cette observation arriva à l'hôpital dans un état désespéré, et l'on n'obtint que des renseignemens peu concluans. Une tumeur volumineuse, avec des battemens manifestes et le bruit de soufflet, existait dans l'espace poplité; un canal fistuleux, partant de son intérieur, venait s'ouvrir à la peau. A l'autopsie on trouva une poche considérable remplie de caillots mêlés avec une petite quantité de pus; la partie supérieure du tibia profondement altérée formait la paroi antérieure de cette poche, l'os était nécrosé, et l'extrémité pointue du séquestre faisait saillie dans la poche. Précisément à la même hauteur l'artère était perforée. L'auteur de cette observation, M. Porter, pense qu'ici l'anévrisme était consécutif à la perforation de l'artère par le bout du séquestre.

Bronchotomie pratiquée pour l'ablation d'un corps étranger supposé dans le larynx. Un enfant de quatorze ans éprouve des symptômes de suffocation qu'on attribue à l'introduction de quelques fragmens d'os dans le larynx. On pratique l'opération de la trachéotomie; aucun corps étranger ne se présente à l'ouverture par laquelle, désormais l'enfant respire avec assez de facilité; mais aussitôt qu'elle est obstruée par des mucosités, la dyspnée devient effrayante. Enfin au bout de deux mois le trajet de l'air à travers le larynx se rétablit par degrés, et l'on peut laisser l'ouverture artificielle se fermer petit à petit. M. Porter pense avoir eu affaire à un spasme des muscles de la glotte.

Maladie des lymphatiques du bras, amputation dans l'articulation de l'épaule. — Il s'agit d'un cas d'induration de toutes les glandes lymphatiques du bras, à partir de l'aisselle, pour laquelle, après avoir employé vainement l'iode, on s'est décidé à pratiquer l'amputation du bras à l'article, malgré une toux de nature fâcheuse qu'éprouvait le malade. La plaie résultant de l'opération était guérie au bout de cinq semaines, mais la santé générale de l'amputé inspirait des craintes toujours croissantes. La dissection du bras, a montré les glandes indurées pour la plupart, quelques unes ulcérées, une seule ramollie; les veines étaient comprimées, l'artère rétrécie dans une partie de son étendue, comprise dans l'épaisseur d'une des glandes malades.

Rapport clinique sur l'Erysipèle par le docteur Macfarlane. — Longue discussion sur la question de savoir si l'érysipèle est, ou non, une maladie de nature inflammatoire, et dont le traitement exige l'emploi de la méthode anti-phlogistique ou celui de la méthode tonique et évacuante. Comme on pouvait s'y attendre, la conclusion revient à ceci, que le traitement de l'érysipèle doit varier suivant la forme particulière de la maladie, la constitution et l'état actuel du malade, etc. Viennent ensuite deux observations d'érysipèles de la face, suivis bientôt de prostration des forces, et dans l'un desquels la médication tonique a été suivie de succès, tandis que dans l'autre elle n'a pu prévenir la terminaison fatale; puis une observation d'érysipèle phlegmoneux au bras guéri par les incisions.

Statistique des différentes maladies des yeux, observées à Birmingham, parmi les classes pauvres, par le docteur Middlemore. — M. Middlemore commence par l'énumération pure et simple, mais un peu longue, des maladies des yeux qui se sont présentées à lui : la conjonctivite aiguë, chronique, ou pustuleuse, etc., l'amaurose et la teigne, ont été de beaucoup les plus fréquentes. L'auteur appelle ensuite l'attention des praticiens sur l'ossification rugueuse, irrégulière, du cartilage tarse, cause assez commune d'ophthalmie chez les vieillards. Il a recours à l'ablation de la partie déformée du cartilage. Il conseille, pour enlever le staphilôme, d'enfoncer dans la cornée, à la hauteur de la partie moyenne de la tumeur, un couteau de Beer, dont on fait sortir la pointe à la même hauteur du côté opposé; on taille en abaissant le couteau, un lambeau demi-circulaire, et l'on achève l'opération avec des ciseaux courbes. On abaisse promptement la paupière, et, au bout de quelques jours, on trouve la plaie de la cornée rétrécie, bouchée par une substance plastique qui adhère à son pourtour, et dont le diamètre diminue graduellement. L'œil opéré devient par conséquent plus petit que l'autre. Dans la sclérotite rhumatique, M. Middlemore prescrit d'abord un cathartique puis quelques grains de calomel ou de poudre de Dower à prendre tous les jours, ou bien trois ou quatre grains de quinine répétés trois fois le jour. Il emploie ensuite, quand la douleur est très vive, l'onguent mercuriel associé à l'opium sur la face externe de la paupière, dans le voisinage du nerf sous-orbitaire; enfin, si la maladie est rebelle, il a recours au vin colchique.

Déplacement du cristallin. — Quand le cristallin est simplement déplacé, à la suite d'un coup, d'une chute, etc. M. Middlemore conseille de parer d'abord aux accidens inflammatoires, et d'attendre qu'ils soient calmés pour songer à l'extraction du cristallin, si toutefois il n'est pas déjà absorbé. Il cite plusieurs cas curieux dans lesquels la membrane hyaloïde ayant été déchirée et résorbée, le cristallin flottait dans l'humeur vitrée, abandonné à son propre poids et à tous les mouvemens de l'œil et de la tête du malade. Il rapporte entre autres l'observation d'un homme chez qui le cristallin, épaissi et verdâtre, comme cela arrive d'ordinaire, passait librement d'une chambre dans l'autre, à travers l'iris dilatée et vacillante. Dans les cas de ce genre, le contact de la lentille avec la rétine ne tarde pas à déterminer l'amaurose. Il faut alors pratiquer l'extraction; souvent elle est fort difficile, et l'on est obligé d'aller chercher le corps flottant avec un petit

crochet. Enfin M. Middlemore appelle l'attention des chirurgiens sur les tumeurs, souvent fort petites, qui se développent dans les paupières, et, malgré leur peu de volume, entretiennent une inflammation chronique qui ne cède qu'après leur disparition. Il assure avoir détruit des ophthalmies invétérées par l'ablation de tumeurs qu'on avait regardées comme absolument insignifiantes.

Plaies de l'articulation du genou, par Ch. Bell. — Ce savant professeur dit peu de choses sur ces plaies; mais à leur occasion il décrit, pour extraire les noyaux cartilagineux mobiles dans l'articulation, un procédé que la longueur des détails nous empêche de reproduire, et qui d'ailleurs ne diffère de celui qu'on suit en France que par l'emploi d'un morceau de planchette mince, dans lequel on creuse une entaille demi-circulaire pour servir de point d'appui au corps à extraire.

De l'Erysipèle, par le docteur Arnolt. — L'auteur de cet article nous semble aussi exagéré dans sa manière de voir que le docteur Macfarlane, dont nous avons cité précédemment le travail, l'est lui-même dans l'opinion opposée. Suivant ce dernier l'érysipèle n'est pas une maladie inflammatoire; M. Arnolt au contraire l'assimile au phlegmon, du moins à en juger par la description qu'il en donne, par le traitement exclusif qu'il conseille. De pareilles dissidences, dit le rédacteur de la *Revue médico-chirurgicale* sont bien faites pour démontrer la futilité et la faiblesse des systèmes. Laissant de côté ces arguties d'école, le praticien observe les phénomènes de la maladie, et s'efforce d'approprier le remède aux accidens qui frappent ses regards. Il s'inquiète peu du nom qu'on doit donner à l'érysipèle; mais il étudie sa marche, et d'après elle il choisit les moyens qu'il croit propres à l'enrayer.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

RUST'S MAGAZIN, etc.

(Troisième cahier de 1834.)

XIV. *Observations pratiques sur la variole et sur le vaccin*; par le docteur Ebers, à Breslau. — Depuis la fin de décembre 1831 jusqu'au milieu de 1833, M. Ebers a fait le relevé statistique suivant : 1° Sur 90 varioleux, vaccinés 3, non vaccinés 78, douteux 9; guéris 42, morts 48. 2° Sur 146 individus affectés de varioloïde, vaccinés 137, douteux 9; guéris 144, morts 2. 3° Sur 210 varicèles, vaccinés 208, douteux 2; guéris 210. Dans un autre tableau où les varioleux sont classés par âge, on voit que c'est de dix à vingt ans, et surtout de vingt à trente que la maladie a frappé le plus grand nombre d'individus. C'est du sixième au neuvième jour que la mortalité a été le plus considérable. C'est également de dix à vingt ans, et de vingt à trente que la varioloïde et la varicelle ont atteint le plus de personnes. L'auteur entre ensuite dans des détails où nous ne pouvons le suivre, et arrive à cette conclusion que, sur 800 individus qui ont eu la petite vérole, il y a une récidive, et que, sur 500 individus vaccinés, il y en a un qui est affecté plus tard de variole. Ce Mémoire offre le plus grand intérêt.

XV. *Observations sur les plaies du cou*; par le professeur Dieffenbach, à Berlin. — Les faits que rapporte le savant professeur sont intéressans non pas seulement sous le point de vue chirurgical, mais encore sous le rapport de l'aliénation mentale; car la plupart des blessures observées étaient dues à des tentatives de suicide. Nous devons nous borner aux conclusions pratiques tirées par l'auteur lui-même. Les plaies non pénétrantes du col peuvent déterminer la mort, par la suppuration du tissu cellulaire et le fusement du pus. Les petites plaies pénétrantes (dans le larynx ou la trachée) sont souvent mortelles, parce qu'alors l'inflammation et la suppuration se développent dans les parties profondes; les larges plaies pénétrantes sont moins dangereuses, parce que les phénomènes morbides s'éloignent moins de la surface. La suture augmente l'inflammation et force ses produits à couler par la trachée dans le poumon; elle est surtout dangereuse dans les larges plaies de la trachée. Le développement des bourgeons charnus suffit pour assurer la réunion, etc., etc. Le traitement le plus convenable consiste, dans les plaies non pénétrantes, à réunir au moyen de bandelettes agglutinatives; pour les plaies pénétrantes, qu'elles soient grandes ou petites, il faut se contenter de les recouvrir avec un chiffon humide, les nettoyer fort souvent, et remplacer le *bonnet de Kohler* (bandage propre à assurer l'immobilité de la tête) par deux bons infirmiers qui se relèvent, et dont un soit toujours attentif à modérer les mouvemens de la tête. Du reste, on réduit le malade au *minimum de vie* par des saignées répétées.

XVI. *Sur le panaris*; par le docteur Sinogowitz, à Dantzig. — L'auteur de cette monographie envisage l'onychia, le paronychia, et le panaris proprement dit, d'un point de vue plus élevé qu'on ne le fait habituellement. Il examine surtout la liaison qui existe entre ces diverses formes d'une même maladie, et certains états morbides généraux. Il pense que la carie de l'os, généralement considérée comme une conséquence de l'inflammation des parties molles et du défaut de débridement, est souvent, au contraire, la cause primitive du mal, surtout chez les scrophuleux.

XVII. *Examen et appréciation de la méthode curative du docteur Kruger Hansen, recommandée par lui comme la seule rationelle*, etc.; par le docteur Rau, à Waldenburg. — Réfutation moitié sérieuse, moitié railleuse, et surtout fort longue, d'une nouvelle doctrine médicale qui proscrit, non pas seulement l'abus, mais encore l'usage des saignées, soit locales, soit générales; des vomitifs, et en général de tous les moyens connus sous le nom de dérivatifs, de révulsifs, etc., comme n'ayant d'autre effet que d'affaiblir les malades et de les disposer à des maladies subséquentes.

XVIII. *Expériences sur la variole, le cowpox, la varicelle, la varioloïde, et sur la police médicale relative à la première de ces maladies*; par le docteur Malin, à Cottbus. — Après avoir décrit la forme ou plutôt la nuance particulière qu'ont revêtue, dans l'épidémie qu'il a observée, la variole, la varioloïde et la varicelle qu'il

regarde comme des variétés d'une même affection, l'auteur établit que ces trois variétés ont apparu en même temps, et se sont trouvées quelquefois réunies dans la même maison; il en conclut formellement qu'elles sont identiques, au moins quant à leur cause; et il cite plusieurs auteurs qui partagent cette opinion. La naissance et l'extension de l'épidémie dépendent, selon lui, non pas seulement de la contagion, mais encore d'une certaine constitution atmosphérique. Il pense que la varioloïde est une maladie moins nouvelle qu'on ne le croit, et qui seulement devient de jour en jour plus fréquente, à cause de la négligence avec laquelle on vaccine; enfin il affirme que la seule mesure de police médicale qui puisse être avantageuse consiste à confier la vaccination à des mains habiles et sûres.

XIX. *Collections de pus dans le cerveau;* par le docteur Horlacher, à Oettingen. — Coups violens sur la tête, déchirure du cuir chevelu, perte de connaissance, prompte guérison. Peu de temps après, céphalalgie, aliénation mentale, démence, incertitude et faiblesse des mouvemens, régularité soutenue des autres fonctions. Apparition d'une tumeur à la partie postérieure de la suture sagittale; on pratique une incision pour trépaner, et l'on trouve un trou à l'os par lequel passe la dure-mère, saine et sans fluctuation au dessous. Quelques jours plus tard, fièvre, coma, sterleur, etc., mort.

Autopsie. — Inflammation de la dure-mère avec ramollissement tuberculeux, épanchement de sérosité, kystes placés sur le plancher de l'orbite, à droite, et remplis l'un de sang, l'autre de pus. Telle est la première observation rapportée par M. Horlacher; la seconde s'en rapproche extrêmement.

Miscellanées. *Uréthro-lithotomie.* — Rien de particulier; l'on a incisé le canal de l'urètre sur le calcul même. — *Guérison d'un* herpes madidans *par la décoction de Zitmann*, aidée de purgatifs, d'antimoniaux, de dépuratifs, de sudorifiques, et de la suppression d'un cautère autour duquel l'*herpes* était développé.

ANNALEN DER GESAMMTEN HEILKUNDE, *journal de Hecher.*

I. *Extrait de l'ouvrage du scheikh Abd-al-Kader, sur l'usage licite du café*, etc.; par le docteur Sontheimer. — L'ouvrage du scheikh Abd-al-Kader est en manuscrit à la bibliothèque royale de Paris, et M. le baron Sylvestre de Sacy l'a fait imprimer dans sa Chrestomathie arabe. On croit qu'il a été écrit vers l'an 996 de l'hégire. Il en a été du café chez les Arabes comme de l'émétique et du tabac chez nous les savans et les dévots, les magistrats et les prêtres sont intervenus dans une question de goût, sur laquelle par conséquent il n'y avait pas à disputer. De là sont nés des firmans et anathèmes, des diatribes et des apologies nombreuses, car le bon Abd-al-Kader n'épargne pas les citations. Son panégyrique du café est fort curieux, mais non sous le rapport médical.

II. *Recherches homœopathiques;* par le docteur Seidlitz, à Saint-Pétersbourg. — M. Seidlitz et plusieurs autres médecins ont fait une série d'expériences avec la poudre de charbon de bois, et d'autres corps inertes, administrés homœopathiquement; ils ont toujours produit des accidens fort extraordinaires, mais qui disparaissaient d'eux-mêmes au bout de quelques heures. Ils en concluent que l'efficacité de la médecine homœopathique gît tout entière dans l'imagination du malade (car le médecin n'est pas si sot que d'y croire), et que, comme en conviennent quelques homœopathes, pour être guéri il faut *avoir la foi. Crede, et salvus eris.* La vogue de la théorie hahnemanienne doit être rangée, selon M. Seidlitz, parmi les épidémies d'aliénation mentale.

III. *Rapport officiel sur une épidémie de splénitis gangreneuse, observée dans le village de Mandrowo* (Russie); par le docteur Tschetirkin. — Cette maladie était caractérisée par une chaleur brûlante à l'épigastre, une douleur vive dans l'hypochondre gauche, des vomissemens de matières vertes, de la difficulté de respirer; par la teinte jaune que prenait la peau, les crampes et le froid des extrémités que la mort ne tardait pas à suivre. Après la mort, la putréfaction était prompte, et l'on remarquait surtout une large tache bleue sous l'hypochondre gauche; la rate était ramollie, gorgée de sang, gangrénée à sa surface postérieure. Le foie était jaune-clair, la vésicule offrait des traces d'inflammation ainsi que l'estomac, et les intestins grêles. Le traitement antiphlogistique a été généralement employé, mais avec des résultats divers.

IV. *Danse de Saint-Guy, accompagnée de phénomènes particuliers;* par le docteur Plath, à Hambourg. — Fait assez curieux, si les nombreux médecins qui en ont été témoins n'ont pas été dupes de quelques tours d'hystériques.

V. *Ecrits sur les épidémies.* — Indication rapide de quelques travaux récens sur la grippe et la fièvre catarrhale, et sur les épidémies du dix-huitième, du quatorzième et du quinzième siècle. Cet article contient un document extrêmement curieux qui existe dans la collection de Muratori, et dont la Bibliothèque royale possède deux exemplaires. C'est le rapport fait par le collége des médecins de la Faculté de Paris, en 1348, sur la *maladie noire.* Ce rapport est suivi d'un traité sur le même sujet par un médecin de Montpellier, en 1349.

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

Prix proposé par la Société des sciences physiques, etc., de France. — Déterminer, par des faits nombreux et bien constatés, quelle est l'action qu'exercent sur le corps humain les fluides impondérables (le calorique, la lumière et l'électricité), et quelle est leur influence, ainsi que celle de l'air atmosphérique, sur la production de quelques maladies, telles que la peste, la fièvre jaune, le choléra-morbus, etc.?

Le prix sera une médaille en or de la valeur de 500 fr.

Les ouvrages ou Mémoires seront adressés, francs de port, avant le 1er mai 1835, à M. Julia de Fontenelle, secrétaire perpétuel de la Société, rue Saint-André-des-Arts, n° 58, ou à son président, M. Labarraque, rue Saint-Martin, n° 69, à Paris.

CONCOURS.

Le lundi 1er décembre 1834, un concours, pour une chaire de médecine légale, sera ouvert devant la Faculté de Montpellier.

Ce concours se composera de six épreuves:

1° D'une appréciation des titres antérieurs

des candidats, faite dans l'assemblée des juges; 2° D'une composition écrite faite à huis clos; 3° D'une première leçon faite après un jour de préparation; 4° D'une seconde leçon faite après trois heures de préparation; 5° D'une épreuve pratique sur un cas de médecine légale; 6° D'une thèse dont le sujet, différent pour chaque candidat, sera tiré au sort.

MM. les docteurs en médecine ou en chirurgie, qui désirent concourir, doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, et envoyer leur acte de naissance et leur diplôme de docteur avant le 1er novembre; ils doivent aussi adresser au doyen de la Faculté un paquet cacheté, contenant l'exposé de leurs titres.

— Le 12 novembre prochain, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public, pour la nomination d'un chirurgien aide-major, lequel entrera en fonction le 1er septembre 1836, et, après six années de service à l'Hôtel-Dieu, remplacera le chirurgien-major de l'hospice de la Charité, où sont admis les enfans trouvés et abandonnés, les filles enceintes et la vieillesse indigente.

La durée du service du chirurgien-major est également de six ans.

Il est accordé à chaque aide-major un traitement de 400 fr. par an, et de plus le logement à l'Hôtel-Dieu, la nourriture, l'éclairage, le chauffage et le blanchissage.

Les honoraires du chirurgien-major sont de 600 fr. par an, indépendamment des avantages ci-dessus énoncés.

Le concours aura lieu devant le conseil général d'administration, assisté d'un jury médical, et sera composé de cinq séances consécutives.

Premier jour : Question d'anatomie et de physiologie, traitée verbalement. Deuxième jour : Question de pathologie externe et d'accouchemens, traitée par écrit. — Lecture des Mémoires. Troisième jour : Question de médecine opératoire, traitée verbalement. — Pratique de l'opération sur le cadavre. Quatrième jour : Question médico-chirurgicale, traitée par écrit. — Lecture des Mémoires. Cinquième jour : Examen clinique d'un malade. — Décrire la maladie en séance publique; donner le diagnostic et indiquer le traitement.

La question à traiter dans chaque séance sera tirée au sort par un des concurrens; elle sera la même pour tous.

A la fin des épreuves, et après le vote du jury, le conseil d'administration procédera à la nomination de l'aide-major.

Pour être admis à concourir, chaque candidat devra : 1° Se faire inscrire au secrétariat de l'administration, à l'Hôtel-Dieu, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours; 2° Justifier du grade de docteur en chirurgie ou en médecine; 3° Prendre l'engagement de se conformer aux réglemens des deux hôpitaux civils de Lyon, dont il sera donné connaissance à chaque candidat.

Société médicale de Douai (Nord) — La Société propose, pour être décernée, en 1835, une médaille de 150 francs ou sa valeur, à l'auteur de la meilleure statistique médicale de l'arrondissement de Douai.

Et une ou plusieurs médailles d'encouragement pour les Mémoires sur le même sujet qui n'embrasseraient qu'une fraction de l'arrondissement.

Les Mémoires devront être parvenus, dans les formes académiques ordinaires, à M. le secrétaire de la Société, avant le 1er mars 1835.

— Une ordonnance, qui a paru ces jours derniers dans le *Bulletin des Lois*, met à la disposition du ministre de l'instruction publique, le terrain compris entre les rues de l'Est et de l'Ouest, à Paris, et connu sous le nom de Pépinière royale du Luxembourg. La partie Est de ce terrain sera affectée à l'établissement d'un jardin de botanique médicale, pour le service de l'Ecole de médecine de Paris; la partie Ouest du même terrain sera consacrée au service d'histoire naturelle, comme annexe de cet établissement.

— Le mercredi, 16 août, M. Velpeau a été proclamé professeur de clinique externe de la Faculté de Paris, à la suite du concours ouvert devant cette Faculté. Voici la manière dont les voix se sont réparties.

Premier tour : M. Velpeau, 3 voix; M. Sanson, 3; M. Blandin, 4; M. Lisfranc, 2.

Deuxième tour : M. Velpeau 5 voix; M. Sanson, 4; M. Blandin, 2; M. Lisfranc, 1.

Ballotage : M. Velpeau, 7 voix; M. Sanson, 5.

—

ACADÉMIE DES SCIENCES.

2 *juin*. — M. Lisfranc lit un Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus. L'auteur de ce Mémoire rappelle les progrès que les moyens actuels d'exploration des organes génitaux ont fait faire à la pathologie de l'utérus. L'expérience lui a appris qu'en attaquant de bonne heure les engorgemens de la matrice par les saignées évacuatives et révulsives, on en pouvait guérir un très grand nombre. Si ces moyens ne réussissent pas, il ne craint pas d'enlever le col quoiqu'il y ait engorgement du corps, parce que ce n'est très souvent là qu'une hypertrophie causée par le mal, qui disparaît après l'opération. L'engorgement des ganglions lymphatiques du voisinage ne l'effraie pas plus qu'il n'effrayait Desault et Sœmmering pour des cancers externes. — Le procédé opératoire de l'auteur est fondé sur cette considération d'anatomie chirurgicale, que l'insertion du péritoine au vagin, au lieu d'être linéaire, comme plusieurs l'avaient pensé, se fait dans l'étendue de 10 lignes à peu près : ce qui permet de couper le col assez haut.

M. Lisfranc fait l'amputation du col de la matrice de la manière suivante :

Un spéculum brisé, pouvant s'ouvrir largement dans le vagin, est introduit; le col de la matrice saisi transversalement et de haut en bas, par deux érignes de Museux, la matrice abaissée et mise à la portée de l'opérateur par des tractions lentes et graduées qui durent plusieurs minutes; enfin le col coupé avec un bistouri tranchant sur sa concavité, que l'opérateur pousse et dirige sur son doigt médiateur gauche placé à la partie inférieure du col : la section est ainsi faite lentement, à petits coups, de bas en haut, ou d'arrière en avant.

En général, on n'arrête pas le sang dont l'écoulement est peu à craindre. Cette opération n'est pas douloureuse, comme on pourrait le croire : elle est suivie de peu d'accidens.

9 *juin*. — M. Gendrin adresse à l'Académie de nouveaux faits tendant à prouver l'action de la limonade sulfurique comme remède et comme préservatif de la colique de plomb. La première communication de M. Gendrin date de trois

ans : il pense que l'Académie trouvera dans son travail assez de documens positifs pour l'admettre cette année au concours Monthyon.

M. Gourdon adresse un Mémoire sur l'opération du broiement de la tête de l'enfant comparée à celle de la perforation, et sur certaines modifications qu'il a apportées à l'instrument inventé par M. Baudelocque neveu.

M. Larrey présente une pièce pathologique destinée à servir de preuve à son opinion sur le mode de guérison des pertes de substance du crâne. Selon lui, le rétrécissement des trous qui sont le résultat de ces pertes de substance ne se fait point, comme l'ont pensé quelques auteurs par l'ossification simultanée de la dure-mère et du péricrâne, mais par l'allongement des vaisseaux qui procèdent des mêmes bords de l'ouverture. — L'individu dont M. Larrey présente le crâne à l'Académie a vécu vingt ans après sa blessure : c'est sur lui qu'ont été faites les expériences qui prouvent que, quand il y a ouverture au crâne, les sons peuvent être transmis par cette ouverture. Cet homme, les oreilles parfaitement bouchées, dit M. Larrey, entendait ce qu'on lui disait quand on parlait très près de son ouverture crânienne. MM. Serres et Magendie ont assisté à ces expériences.

M. Magendie se lève pour déclarer que les expériences ne lui ont pas paru concluantes.

—

Acide carbonique liquide.

16 *juin.* — M. Thilorier demande à soumettre à l'examen de l'Académie un appareil à l'aide duquel il annonce pouvoir obtenir *par la voie chimique* et en peu d'instans, *un litre d'acide carbonique.*

Pour arriver à la meilleure disposition de capacité et de résistance de l'appareil, j'ai dû, dit M. Thilorier, chercher à connaître les principales propriétés d'un corps qui n'avait point été jusqu'ici étudié; et, quoique ce gaz liquéfié soit placé en quelque sorte hors de la main du chimiste, puisque sa condition d'existence est d'être emprisonné dans des vases hermétiquement fermés et capables de supporter une forte pression, je suis parvenu à déterminer, aussi rigoureusement qu'on a pu le faire pour l'éther et l'alcool, la *pesanteur spécifique* de ce liquide, sa *dilatation thermométrique*, la *pression*, et, ce qui est ici très différent, la densité de sa vapeur, si l'on peut appeler vapeur un gaz qui se condense en un véritable liquide, et qui, réciproquement, se régénère par la vaporisation de ce même liquide.

M. Thilorier, dans ses études sur ce corps, dit avoir été conduit à reconnaître que dans les limites de la liquéfaction les gaz cessent d'être soumis à la loi de Mariotte, et que les pressions aux divers degrés de température sont loin d'être correspondantes aux densités. Ainsi, dit-il, au 30° au dessus du thermomètre centigrade, la *pression réelle*, celle qu'indique le manomètre est de 79 atmosphères, tandis que la *pression théorique*, celle qu'il faudrait conclure du nombre des volumes, c'est-à-dire de la densité, serait de 130 atmosphères. Ce qui donnne pour différence *en plus*, environ cinquante atmosphères.

A + 5°, les deux pressions manométriques et calculées sont parfaitement d'accord, mais au-dessous de ce point jusqu'à 20°, les rôles changent, le nombre d'atmosphères calculé d'après la densité du gaz est moindre à son tour que le nombre d'atmosphères indiqué par le manomètre.

Quelque étrange que puisse paraître ce fait, poursuit M. Thilorier, il me paraît trouver sa justification dans un cas analogue. On sait que les liquides augmentent de volume, au moment de leur solidification; le même effet ne pourrait-il pas avoir lieu pour les gaz, lorsqu'ils approchent du terme de la liquéfaction.

Une autre particularité de l'acide carbonique liquéfié, c'est qu'il est de tous les corps connus, sans en excepter les gaz eux-mêmes, celui qui se dilate et se contracte le plus sous l'influence des variations de la température. Quoique la moindre chaleur suffise pour déterminer l'ébullition de ce liquide, l'ébullition n'a pas lieu quelle que soit l'élévation de température, si, à mesure qu'on échauffe le liquide, on augmente la pression dans une proportion convenable. A l'aide de ce procédé, M. Thilorier a pu étudier la dilatation entre moins 20 et plus 30 degrés centigrades. De 0 à + 30° centigrades l'excès de l'allongement que subit une tranche de liquide est égal à la moitié de cette tranche, et ainsi une colonne de liquide qui occupe à 0 un espace de 40 millimètres, occupe 60 millimètres à + 30°. Dans la même circonstance, 40 millimètres d'air, au lieu de s'allonger de 20 millimètres, ne s'allongeraient que de 5 millimètres 173.

Cette énorme dilatation, dit M. Thilorier, me paraît devoir être, dans l'avenir, le principe de nouveaux moteurs infiniment puissans et plus économiques que tous ceux qui sont basés sur la vaporisation des liquides permanens et même des gaz liquéfiés. Je me suis assuré que l'acide carbonique liquéfié, si dilatable sous l'influence de la température, n'est point compressible par l'action des forces mécaniques, et qu'il participe en cela de la propriété des autres liquides connus. Dès lors il est facile de comprendre qu'un piston qui serait mû par la dilatation de ce liquide, offrirait une résistance invincible. Qu'on se figure le nombre de chevaux qui représenterait une tige métallique d'un mètre d'équarissage, qui se dilaterait d'un mètre par seconde. Et c'est cependant l'effet dynamique que produiraient trente litres de gaz liquéfié avec une dépense de calorique quarante fois moindre que celle qui serait nécessaire pour vaporiser un litre d'eau. »

M. Thilorier a pu constater, à l'aide de son appareil, ce que la théorie pouvait d'ailleurs faire prévoir, que, de tous les fluides du même genre, c'est celui qui produit le plus grand abaissement de température. En dirigeant sur la boule d'un thermomètre à esprit de vin un jet d'acide liquéfié, et quoique le jet ne touchât qu'un des points du réservoir thermométrique, et que la température extérieure fût très chaude, on a obtenu en peu d'instans un abaissement de température de 75° au dessous de zéro. Le plus grand abaissement qu'on eût observé était seulement de — 68°. L'auteur pense qu'au moyen de certaines précautions, on pourrait arriver jusqu'à produire une température de — 150°.

Une expérience que se propose de faire M. Thilorier avec le liquide qu'il obtient est d'en charger la crosse d'un fusil à vent, comptant obtenir aussi, non seulement un bien plus grand nombre de coups que par le procédé or-

dinaire, mais ce qui est plus important peut-être, une parfaite régularité de coups.

MM. Dulong, Becquerel et Dumas, sont chargés de prendre connaissance de l'appareil de M. Thilorier, et de répéter ses expériences.

30 *juin.*— M. Jourdan lit un Mémoire ayant pour titre : *Description d'un appareil dentaire particulier appartenant à la colonne vertébrale.*

Linnée a imposé le nom de coluber scaber à une couleuvre que l'on croyait alors originaire de l'Inde, mais qui, comme on le sait depuis un petit nombre d'années, appartient réellement à l'Afrique méridionale. Un naturaliste anglais, André Smith, qui en a donné une description dans le tome IV du *Journal Zoologique de Londres*, a cru qu'elle était privée de toute espèce de dents, et comme ce caractère la séparait des autres ophidiens, il en a fait le type d'une famille à part, les anodontides, et d'un genre dans cette famille nouvelle, le genre anodon désignant l'espèce sur laquelle reposait toute cette addition faite au cadre erpétologique sous le nom de anodon typus.

M. Jourdan, qui déjà à cette époque s'occupait spécialement des rapports qui existent entre les mœurs des animaux et la disposition de leur appareil digestif, fut très frappé du fait annoncé par M. Smith et désira le vérifier. Tous les auteurs qui ont parlé du coluber scaber ne lui fournissant rien sur le sujet qui l'intéressait, il chercha et parvint à se procurer un de ces serpens, et voici ce qu'il y observa :

1° Smith s'était laissé induire en erreur, et avait donné au coluber scaber un nom très impropre en l'appelant anodon, puisque l'individu examiné par l'auteur du Mémoire a présenté sept dents à chaque palatin et cinq aux deux maxillaires supérieures; mais la première partie du canal digestif a présenté une espèce d'appareil dentaire formé par trente apophyses osseuses des vertèbres, la plupart revêtues d'une sorte d'émail et perçant le conduit intestinal.

M. Jourdan divise les dents en deux séries : les premières correspondant aux vingt-deux vertèbres qui suivent l'axis, saillent d'une demi-ligne environ au dessus du corps de la vertèbre; elles sont étroites; les premières, les plus tranchantes, sont dirigées en arrière; les moyennes directement en bas; les postérieures en avant; les quatorze dernières seulement s'étaient fait jour à travers le canal, les huit autres étaient encore cachées sous la membrane, et n'avaient point ce poli que M. Jourdan attribue à un émail.

Les huit apophyses dentaires qui composent la seconde série faisaient une saillie d'environ deux lignes; leur figure rappelait en général celle des incisives de l'homme; toutes étaient dirigées fort en avant, et toutes hors une seule, s'étaient fait jour dans le canal intestinal.

Cet appareil occupait une longueur de trois pouces et demi, celle de l'animal entier était de trente ou un peu plus. La portion du canal alimentaire correspondant à ces dents, est désignée par M. Jourdan, sous le nom de pharyngiène; elle se rétrécit beaucoup à sa jonction avec l'œsophage, qui se fait un peu au dessous du cœur.

Le coluber scaber, au dire de tous ceux qui ont pu observer ses habitudes, se nourrit d'œufs à coquilles dures, qu'il avale sans les écraser; cette assertion a été confirmée par l'examen des matières trouvées dans l'estomac de l'individu que M. Jourdan a observé. L'appareil que ce naturaliste nomme dentaire paraît avoir pour but de rompre ces coquilles, et les saillies qu'il présente peuvent et doivent devenir plus saillantes dans le mouvement que l'animal, lorsqu'il avale, imprime à sa colonne vertébrale. Les premières dents inclinées en arrière et pointues ne feraient, suivant M. Jourdan, que rayer, user la coquille; les postérieures l'entament et permettent à la substance qui y est renfermée d'en sortir. L'auteur pense qu'ensuite les coquilles sont rejetées, et que, pour cette opération, les apophyses saillantes, qui d'abord s'opposaient à la sortie des œufs, sont rabattues par un mouvement de la colonne, inverse de celui qui les avait redressées.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Pl. XIII. — Région inguinale profonde.

(*Voyez* Pl. 10, 1re année.)

Côté droit grandeur naturelle.

A, le côté droit du ventre; B, l'ombilic; C, la ligne blanche; D, le pénil; E, le pénis; F, le scrotum; GHI, le dedans, le devant et le dehors de la cuisse; K, la saillie du trochanter; L, la fosse iliaque externe; L', saillie de la crête iliaque; M, le flanc; N, l'épine iliaque antérieure et supérieure; OOO, le *fascia lata* au devant des muscles couturier et psoas-iliaque; P, P, le même fascia au devant des muscles pectiné et moyen adducteur.

a b c d e f g h, section de la couche cutanée; *i k l m n o p*, section de la couche graisseuse; *q q q q*, cette dernière couche un peu renversée; *q' q' q'*, le *facia superficialis* coupé; *r s s s*, la partie antérieure du ligament de Poupart; *t*, cordon spermatique enveloppé de ses tuniques; *u u*, portions du *septum crural*; *v v v v v*, ceintre aponévrotique qui embrasse les vaisseaux cruraux, au dessus de la veine saphène; *x x x x x x*, ganglions profonds ou de la deuxième couche.

1, 1, 2, 2, 2, 2, muscle et aponévrose de l'oblique externe de l'abdomen; 3, 3, 3, artère crurale; 4, 4, artère épigastrique; 5 5, artère obturatrice (par anomalie); 6, 6, artère circonflexe iliaque; 7, tronc de l'artère tégumenteuse abdominale; 8 et 9, 9, rameaux cruraux; 10, 10, rameaux abdominaux de la même artère; 11, artère honteuse externe et superficielle.

12 12, veine crurale; 13, veine épigastrique; 14, tronc commun de la saphène et de la tégumenteuse abdominale; 18 18, nerf crural; 19 19, 20 20, rameaux superficiels.

—

On devait donner cette fois-ci, la description anatomique et chirurgicale de l'aine et aussi celles de ses limites naturelles qui sont, en haut, le septum crural et les ligamens de Poupart et de Gimbermat; mais il eût été impossible de montrer distinctement ces trois choses sans altérer beaucoup le rapport des élémens de la région, qu'il était précieux de conserver; et d'une autre part, il est difficile, dans cette région plus que dans toute autre, de parler utilement de ce qu'on ne montre pas. Nous nous croyons donc obligés, quoiqu'à regret, d'attendre pour faire la description complète du pli de l'aine, que la région *inguinale musculaire* ait paru.

Dr. Jacques Lebaudy.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° II. — OCTOBRE. 1834.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

NOUVEAU TRAITEMENT LOCAL DES BUBONS.

Les antiphlogistiques généraux et locaux sont d'ordinaire dirigés contre les bubons dans la période d'acuité; des emplâtres fondans, des frictions résolutives avec l'onguent mercuriel, la pommade d'hydriodate de potasse, la teinture d'iode, etc., sont habituellement mis en usage contre les bubons indurés.

Souvent, malgré l'emploi méthodique de ces remèdes, un ou plusieurs foyers purulens se forment dans la tumeur, se font jour à l'extérieur et donnent lieu à des plaies sinueuses, à des décollemens de peau, etc... qui retiennent des mois entiers les malades dans les hôpitaux.

J'ai employé pendant long-temps, et sur un grand nombre de malades, tous les moyens proposés pour donner issue au pus, lorsque j'avais vainement tenté d'en prévenir la formation.

J'ai fait aux bubons, avec l'instrument tranchant, des ouvertures dans toutes les directions et de toutes les grandeurs. J'ai pratiqué ces ouvertures dès l'apparition du pus, et alors même qu'il n'était pas encore réuni en foyer, et j'ai attendu d'autres fois que la collection fût parfaitement formée, et que toutes les indurations du voisinage de l'abcès fussent détruites, comme on le dit, par la fonte permanente. J'ai souvent attendu que la peau fût très amincie, ou même que la nature donnât elle-même issue au pus.

J'ai appliqué la potasse caustique sur les bubons à toutes les époques de leur durée. Je les ai ouverts avec le cautère actuel, et je me suis servi tour à tour de cautères en roseau, de deux, de trois, de quatre lignes de diamètre.

J'ai employé tous ces moyens comparativement sur des hommes placés dans les mêmes circonstances extérieures; je les ai plusieurs fois employés comparativement aussi sur des malades atteints de plusieurs bubons. Et, après des essais variés de mille manières, j'étais arrivé à ce résultat, que les petites ouvertures sont plus avantageuses, pour donner issue au pus, que les grandes incisions; que la potasse caustique vaut mieux que l'instrument tranchant; que le cautère actuel est préférable à la potasse caustique et à l'instrument tranchant, et que les cautères en roseau, de quelques lignes de diamètres, doivent être préférés à tous les autres cautères.

Mais, malgré tous mes efforts, de nombreux malades présentaient souvent encore des plaies blafardes et à bords renversés, qui, fréquemment envahies par la pourriture d'hôpital, me donaient les tristes occasions d'essayer les divers traitemens proposés contre cette fâcheuse complication, et d'acquérir, sur cette hideuse maladie, une expérience dont je consignerai les résultats dans un autre article.

J'avais quelquefois tenté d'appliquer des vésicatoires sur les bubons, à diverses époques de leur développement; le peu de succès de mes expériences m'avait fait abandonner peu à peu ce moyen, lorsque les observations insérées, par le Dr Malapert, dans les *Archives générales* de mars 1832, vinrent ranimer mes espérances.

Je me remis aussitôt à l'œuvre; j'appliquai d'abord le vésicatoire et les plumasseaux trempés dans la dissolution de vingt grains de deutochlorure de mercure par once d'eau distillée, ainsi que l'indique le Dr Malapert; mais bientôt je crus devoir modifier cette méthode, et je me suis arrêté, apres de nombreux tâtonnemens, à celle que je vais dire, et qui m'a habituellement réussi dans les cas infiniment nombreux où je l'ai déjà employée.

J'applique sur le centre du bubon un vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un franc jusqu'à celle d'une pièce de deux francs, suivant l'étendue de la tumeur.

Lorsque la phlyctène est bien formée, je l'enlève, et je place sur le derme mis à nu un plumasseau trempé dans une dissolution de vingt grains de deuto-chlorure de mercure dans une once d'eau distillée; deux heures après, la plaie est occupée par une escharre superficielle; je réapplique un nouveau plumasseau, dans les cas rares où l'escharre n'est pas parfaitement formée, et je recouvre ensuite toute la tumeur d'un large cataplasme émollient. L'escharre ne tarde pas à se détacher, la plaie du vésicatoire guérit en quelques jours, et le bubon guérit quelquefois entièrement avec elle; dans tous les cas, il prend une marche rétrograde et ne tarde pas à céder complètement à une deuxième ou troisième application.

Qu'un bubon soit récent, et constitue par une tumeur chaude, rénitente, douloureuse; que, plus ancien et développé chez un sujet à vitalité moins active, il forme une masse dure et indolore; ou bien enfin que, plus avancé dans sa marche, il ait été envahi par le travail pyogénique, et même ait déjà donné lieu à une collection purulente, le traitement que j'indique est parfaitement applicable et amène d'heureux résultats.

On m'objectera peut-être que, dans les bubons aigus et dans les bubons indolens, le moyen que je propose n'est pas indispensable, puisque les uns et les autres cèdent quelquefois aux antiphlogistiques, aux résolutifs, aux fondans, etc.

Mais ces agens, quoique souvent utiles, ont

loin de réussir constamment; mais lorsque, comme la chose a malheureusement trop souvent lieu, les malades ne réclament des soins que quand déjà les bubons sont en pleine suppuration, ou lorsque, ce qui arrive souvent aussi malgré les antiphlogistiques et les résolutifs les mieux dirigés, le travail pyogénique s'est établi, il ne restait, bien évidemment jusqu'à présent, qu'une seule indication, celle de donner issue au pus.

Alors, quel que fût le procédé employé pour ouvrir l'abcès, il n'était plus possible de prévoir le terme de la maladie.

Eh bien! c'est contre les bubons en suppuration, lorsque l'ouverture de l'abcès et ses suites funestes étaient jusqu'à ce jour inévitables, que j'ai obtenu les succès les plus prompts, et c'est sur l'emploi de ma méthode, dans ces cas particuliers, que je vais m'arrêter quelques instans.

Le premier effet du vésicatoire et du plumasseau escharrotique est l'épaississement marqué de la peau qui recouvre le foyer. Trente-six ou quarante-huit heures après la formation de l'escharre, et dès que cette escharre commence à se détacher, il se fait une filtration de liquide séro-purulent à travers le derme aminci; cette filtration augmente à mesure que l'escharre tombe, et devient quelquefois très abondante après sa chute complète.

Pendant ce temps, le bubon s'affaisse, et ses parois, dans lesquelles le vésicatoire a déterminé une vive inflammation adhésive, se recollent de la circonférence au centre.

Souvent le premier vésicatoire ne suffit pas pour laisser transsuder tout le pus, ou du moins tous les élémens les plus liquides du pus contenu dans l'abcès; le recollement ne s'opère que dans une certaine étendue, le foyer se trouve circonscrit dans des limites plus étroites; mais une nouvelle application est nécessaire pour compléter la guérison.

Quelquefois, soit que la peau se trouve considérablement amincie, soit que cette enveloppe ne présente pas la même densité et la même résistance chez tous les individus, l'escharre donne lieu à un pertuis capillaire, par lequel le bubon le vide lentement; mais l'inflammation des parois n'en suffit pas moins pour en déterminer l'adhésion, et la guérison a lieu avec la même rapidité.

Quelquefois, enfin, et ces cas sont fort rares, le vésicatoire et le plumasseau escharrotique, agissant sur une peau plus amincie encore, la détruisent dans toute son épaisseur, et font un emporte-pièce fort semblable à celui que produit la pierre à cautère.

Mais le recollement des parois de l'abcès a encore lieu, comme dans les cas précédens, et, après quelques jours, il ne reste plus qu'une plaie simple, que quelques pansemens bien dirigés feront aisément cicatriser.

Dans ce cas, qui est sans contredit le plus fâcheux, et qui se présente fort rarement dans ma clinique, les malades sont dans la condition de ceux sur lesquels on a employé la potasse caustique ou le cautère actuel, et moins exposés même que ceux-là aux décollemens de peau et aux trajets fistuleux, le vésicatoire agissant bien plus puissamment que ces autres moyens, pour déterminer l'adhésion des parois de l'abcès.

Il ne faut pas perdre de vue, du reste, que toutes les fois que la peau est plus ou moins amincie, on doit surveiller attentivement l'action du plumasseau escharrotique; ne le laisser qu'une heure s'il paraît agir rapidement, et éviter le plus possible la destruction complète du derme.

Enfin, lorsque les hommes se présentent dans mes salles avec des trajets fistuléux, plus ou moins sinueux et plus ou moins anciens, et que ces affections résistent aux injections irritantes avec les dissolutions de potasse caustique ou de nitrate d'argent, au lieu de me décider à ouvrir ces clapiers, à en détruire les parois par la pierre à cautère, ou à les traverser par des bandelettes à séton, comme on le fait d'ordinaire, j'ai encore recours au vésicatoire, tel que je le mets en usage dans les bubons, et je parviens presque toujours, par ce moyen, à faire recoller ces parois du trajet fistuleux, et à obtenir une guérison solide.

Je n'ai voulu parler ici que du traitement local des bubons, traitement applicable dans toutes les circonstances, quelle que soit l'opinion qu'on professe sur leur formation, sur la nature des causes qui les produisent, et sur leur valeur comme signes d'infection syphilitique.

REYNAUD,
Professeur à l'École de médecine de la marine de Toulon.

Observation sur un cas d'empalement accidentel, au moyen d'un échalas qui a traversé le ventre et la poitrine. — Anus contre nature. — Pleurésie chronique, compliquée de corps étrangers, carie de plusieurs côtes, communication avec l'extérieur. — Large abcès dans l'épaisseur de la cuisse, avec destruction de plusieurs muscles. — Quelques réflexions sur le traitement de ces divers accidens, en particulier, et celui des anus contre nature, en général.

Viet Éléonore, âgée de seize ans, domestique, née à Sochery, département de l'Aisne, fut reçue à l'hôpital Cochin, le 12 janvier 1825, et couchée au n° 3 de la salle Sainte-Marthe.

Douée d'un tempérament éminemment sanguin, fortement constituée, quoique d'une taille petite, menstruée seulement depuis quelque temps et irrégulièrement, vive et enjouée, cette jeune fille avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment du fatal accident dont elle fut victime.

Vers la fin du mois de septembre précédent, quatre mois environ avant son entrée à l'hôpital, étant montée sur un arbre pour cueillir du fruit, elle tomba, de la hauteur de sept à huit pieds, sur un échalas. Cet instrument pénétra à la partie interne supérieure antérieure de la cuisse gauche, traversa obliquement l'abdomen et la cavité gauche de la poitrine, et sortit, au dos, vers l'angle inférieur de l'omoplate du même côté : il se cassa, dans son trajet, en deux portions; l'inférieure, longue de dix-huit pouces, fut extraite, par la plaie de la cuisse, par une personne étrangère à l'art de guérir, et probablement arrachée avec effort. La supérieure, longue de cinq à six pouces,

fut extraite par un médecin, non sans difficulté. Cet échalas pouvait avoir deux pieds de longueur; il était carré, et avait, au rapport de la malade, douze à quinze lignes d'épaisseur en tous sens.

Les plaies furent pansées simplement : l'inférieure, qui, dès lors, donnna issue à toutes les matières alimentaires, fut lavée, pendant quelques jours, avec une solution saline et savonneuse, mêlangée avec de l'eau-de-vie : ces lotions donnaient lieu à des douleurs très vives. Cet horrible empalement ne fut néanmoins suivi d'aucun accident inflammatoire grave, du côté du ventre ou de la poitrine.

Quinze jours plus tard, il se forma une petite tumeur, à quelques lignes au dessous de la plaie de la cuisse ; la peau qui la recouvrait s'amincit, s'ouvrit, et donna issue aux matières alimentaires ; la plaie produite par l'échalas se cicatrisa. Depuis cette époque, l'écoulement des matières alimentaires a continué à s'opérer par cette seconde ouverture; l'anus ne donnant issue, de temps à autre, qu'à des gaz ; et, une fois seulement, à des matières fécales très dures, après l'administration d'un lavement.

La plaie du dos est restée fistuleuse, fournissant une suppuration assez abondante et fétide.

La respiration n'a éprouvé aucun trouble; l'appétit s'est conservé; mais l'issue prématurée des matières alimentaires a plongé la malade dans un état de maigreur assez prononcé, qui contraste avec l'embonpoint qu'elle avait avant son accident, et qu'elle caractérise par une locution naïve, mais expressive : « J'étais, dit-« elle, si petite et si grasse que j'étais comme « une boule. »

Telles sont les circonstances dont la malade nous a rendu compte lors de son entrée à l'hôpital; voici maintenant les faits qu'elle a présentés à notre observation :

A la partie interne, supérieure antérieure de la cuisse gauche, à un pouce et demi au dessous du pubis, existe une plaie arrondie, de la largeur d'une pièce d'un franc, d'un rouge vif, à surface muqueuse et légèrement fongueuse. A son centre existe une ouverture rentrante et plissée en cul-de-poule, à travers laquelle passent toutes les matières alimentaires, verdâtres ou jaunâtres, peu odorantes, au milieu desquelles on remarque des débris d'alimens non encore altérés par le travail digestif.

Immédiatement au dessus de cette ouverture, et sous le bord supérieur de la plaie, existe un autre orifice, qui donne issue à des mucosités blanchâtres lorsqu'on exerce une pression au dessus de la plaie. Entre cette plaie et le pubis, le long du bord antérieur du muscle droit interne, la peau offre un léger soulèvement cylindroïde, sans dureté, et peu douloureux à la pression.

L'évacuation des matières alimentaires, par l'ouverture centrale, offre les phénomènes suivans : Immédiatement avant leur sortie, on remarque un mouvement vermiculaire du renflement cylindroïde de la peau, depuis le pubis jusqu'à la plaie. Celle-ci s'éloigne un peu du pubis; et, aussitôt, les alimens s'écoulent au dehors, comme s'ils étaient versés en nappe ; puis la plaie se fronce, se rapproche du pubis par un mouvement vermiculaire inverse du précédent. Ce double mouvement ressemble beaucoup à la contraction péristaltique des intestins, lorsqu'on examine ces organes à nu, sur les animaux vivans. L'écoulement des matières se répète plus ou moins frequemment, quelquefois il n'y a qu'une ou plusieurs secondes d'intervalle; d'autres fois, une minute et même davantage.

A deux ou trois lignes au dessus de cet anus anormal, existe la cicatrice de la plaie qui a livré passage à l'échalas.

A diverses reprises, et à différentes époques, j'ai essayé ou vu essayer de sonder, avec une bougie élastique, les deux ouvertures de l'intestin divisé ; mais jamais l'instrument n'a pu remonter au delà du pubis ; il y était arrêté par un obstacle insurmontable.

La sonde, introduite dans l'ouverture qui livrait passage aux alimens, pénétrait à trois ou quatre lignes sous la peau, tandis que, dans la seconde ouverture, ou celle du bout inférieur de l'intestin, l'instrument semblait suivre la face interne de cette membrane.

A la partie postérieure et gauche de la poitrine, à trois pouces de la colonne vertébrale, au niveau de la cinquième côte environ, existe l'orifice fistuleux dont il a déjà été fait mention; cette fistule fournit un pus brunâtre, d'une fétidité nauséeuse.

Tel est l'état de la malade, lors de son entrée à l'hôpital. Toutes ses fonctions, d'ailleurs, s'exécutent régulièrement : elle respire librement, peut se coucher indistinctement sur les deux côtés, sur le ventre comme sur le dos ; la respiration s'entend dans tout le côté gauche de la poitrine. La malade digère avec facilité toutes espèces d'alimens ; et son état d'émaciation n'est dû évidemment qu'à l'interruption du canal digestif, et à l'issue trop prompte des susbtances alimentaires.

Cette jeune fille pouvait elle être guérie? ou bien devait-on s'en tenir avec elle à un traitement palliatif, et l'abandonner aux suites nécessairement funestes de sa dégoûtante infirmité? Pour résoudre convenablement cette question, il était nécessaire de bien préciser le diagnostic :

1° *Sous le rapport de l'anus contre nature :* Évidemment le canal digestif avait été divisé dans un point de sa hauteur. La nature des matières qui s'écoulaient par l'anus anormal, l'amaigrissment de la malade, indiquaient suffisamment que la partie lésée du canal digestif était l'intestin grêle. Les deux orifices qui venaient aboutir à la plaie de la cuisse, le mouvement vermiculaire, qui précédait et suivait l'évacuation des alimens à demi digérés, ne permettaient pas de douter que les deux bouts de l'intestin divisé ne vinssent se rendre à la plaie de la cuisse. Leur trajet se trouvait parfaitement indiqué par la sonde ; ces deux bouts descendaient directement, et parallèlement l'un à l'autre, depuis le pubis jusqu'à l'orifice de l'anus contre nature, le bout inférieur marchant en avant du supérieur.

2° *Relativement à la fistule dorsale :* Par quelle cause était-elle entretenue ? quelle était l'étendue de la lésion ? L'examen de la poitrine, trop rapidement pratiqué, sans doute, ne nous fit découvrir d'abord aucune maladie des

organes respiratoires. Il eût été important de sonder la plaie ; je ne l'ai pas fait dans la crainte de fatiguer inutilement la malade, à laquelle, d'ailleurs, je n'étais chargé de donner des soins que secondairement. Nous verrons, plus loin, qu'avec un examen plus attentif l'état des parties pouvait être facilement apprécié. Ce n'est pas sans raison que j'insiste sur l'appréciation des lésions qui réclamaient les secours de la chirurgie ; d'elle seule, en effet, dépendaient les indications curatives.

La malade, avant son entrée, n'avait été soumise à aucun traitement.

Pendant quelques jours on se borna aux soins de propreté et au régime analeptique.

On essaya ensuite, pendant quelque temps, la compression sur la fosse iliaque gauche au moyen de compresses graduées, épaisses, sans aucun résultat. Puis le tamponnement de la plaie avec des bourdonnets de charpie fut employé, et promptement suivi d'accidens qui le firent suspendre immédiatement. Cette double compression fut employée dans la supposition que la partie lésée du canal digestif était le gros intestin. Le tamponnement de la plaie ne pouvait être justifié qu'en supposant que les matières pouvaient passer du bout supérieur dans l'inférieur ; ce qui était manifestement impossible. Ces tentatives de guérison ayant été infructueuses, on se contenta de soumettre la malade au traitement palliatif, aux soins de propreté et au régime analeptique.

Cette malheureuse jeune fille traîna encore pendant quelques mois sa pénible existence, pouvant encore se lever et marcher, mais s'affaiblissant de jour en jour. Au mois de septembre, elle était réduite à un état d'émaciation et de faiblesse extrême ; ne quittant plus le lit, et ne se mouvant qu'avec difficulté ; sans cesse inondée par les matières qui s'écoulaient de l'anus contre nature ; objet de dégoût pour elle-même et de pitié pour les personnes qui lui donnaient des soins, elle s'éteignit insensiblement, et cessa de vivre dans la nuit du 10 au 11 octobre, environ treize mois après son funeste accident.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade eut quelques accès d'hystérie, qui furent calmés par des antispasmodiques. Ses règles n'ont pas reparu.

Jamais la peau, qui environnait l'anus contre nature n'a offert cet état érysipélateux et fongueux si fréquent en pareil cas.

Aucune matière n'a été rendue par l'anus naturel, probablement parce que l'on n'a pas administré de lavemens.

J'ai peu étudié la fistule du dos, parce que cette malheureuse paraissait vouée à une mort certaine, et que je ne voyais pas de nécessité de la tourmenter inutilement. L'élève chargé du pansement m'a cependant fait remarquer que, souvent, dans les mouvemens d'inspiration et d'expiration, l'air entrait et sortait par la plaie, avec assez de force pour faire vaciller et même pour éteindre la flamme d'une bougie, ce que j'ai pu constater à diverses reprises.

J'aurais voulu pouvoir explorer la poitrine, percuter et ausculter, sonder la fistule ; mais la malade était réduite à un tel état de faiblesse qu'elle me supplia de ne rien faire : « Laissez-« moi, me disait-elle, laissez-moi mourir tran-« quille ; je sais bien que je n'ai que peu de « temps à vivre, et que vous ne pouvez rien faire « pour moi. » Cette malheureuse vit approcher la mort avec un calme et une résignation qui ne se démentirent pas un seul instant : elle ne paraissait plus tenir à la vie ; il semblait que sa dégoûtante infirmité eût aliéné chez elle l'instinct de la conservation.

Nécropsie trente-six heures après la mort.

Habitude extérieure. Cadavre profondément émacié ; pesant à peine trente livres.

Vulve très petite, sans apparence de système pileux.

Orifice de l'anus anormal rétréci par la dessiccation de la surface de la plaie qui est brunâtre.

Aucune trace de décomposition.

Appareil cérébral. Crâne très développé. Infiltration séreuse de la pie-mère et du cerveau. Trois ou quatre onces de sérosité dans les ventricules : grande mollesse de la substance cérébrale.

Appareil respiratoire. Intégrité de la plèvre et du poumon droits.

La plèvre gauche est le siége d'un foyer purulent, susceptible de contenir une livre d'eau ; étendu, du haut en bas, depuis la cinquième côte jusqu'au diaphragme, qui en forme la base ; limité, en dehors, par la paroi du thorax ; en dedans, par le lobe inférieur du poumon refoulé contre le médiastin, tandis que des adhérences celluleuses unissent le lobe supérieur de cet organe et sa face interne aux parties correspondantes de la cavité pleurale. Ce foyer est tapissé par une fausse membrane, brune, fongueuse, inégale, d'aspect muqueux ; dure et lardacée ; épaisse d'un quart de ligne à une ligne. Il ne contient qu'une petite quantité de pus noirâtre et fétide, et un fragment d'échalas resté dans la plèvre. Ce corps étranger a le volume d'une noix, environ : il est inégal, offre, à ses extrémités, des pointes résultant de la cassure, mais émoussées sans doute par l'action corrosive du pus, dans lequel il a été tenu en macération, ou par les frottemens de la fausse membrane. Cette pièce a dû être conservée par le chirurgien de l'hôpital.

La base du foyer, formée par le diaphragme, offre, vers son milieu, une dépression entourée d'un cercle dur et fibreux. Cette dépression correspond, du côté de l'abdomen, à une adhérence très forte du sommet de la rate au diaphragme. Cette adhérence détruite avec l'instrument tranchant, le diaphragme paraît foncé, fibreux, et tellement mince en ce point, qu'il semble formé par l'adossement des deux séreuses.

A la paroi externe du foyer, se remarquent les septième, huitième et neuvième côtes, dénudées dans l'étendue de deux à trois pouces ; vers leur angle, rugueuses et inégales, et plus ou moins détruites par la carie. Entre les septième et huitième côtes, à deux pouces de leur articulation avec les vertèbres, existe une ouverture, de trois à quatre lignes de diamètre, communiquant à l'extérieur par la fistule du dos. Celle-ci, située au niveau de la cinquième côte environ, et près du bord interne de l'omoplate, a trois lignes de largeur. Elle communique avec l'ouverture intercostale par l'intermédiaire d'un foyer sous-cutané, oblong de haut en bas,

de deux à trois pouces d'étendue, et reposant sur les côtes indiquées, également dénudées à leur face externe, et sur les tendons externes du sacro-spinal, disséqués et macérés. La surface de ce foyer offre un aspect muqueux, du côté de la peau.

Le poumon gauche crépite dans toute son étendue. Le lobe supérieur, lâchement uni aux côtes par du tissu lamineux, est parfaitement sain. L'inférieur, légèrement condensé, est un peu moins crépitant.

Appareil circulatoire : Environ deux onces de sérosité puriforme dans le péricarde. Cette membrane offre quelques plaques blanches; et, dans quelques points, une injection assez prononcée. Le cœur et les poumons sont sains.

Appareil digestif : La paroi antérieure de l'abdomen ayant été renversée de haut en bas, voici ce que l'on observe :

Après avoir tapissé une grande partie du paquet intestinal, l'épiploon descend à gauche, vers l'arcade crurale, à l'extrémité de laquelle il adhère intimement, en s'insinuant derrière elle. Cette membrane a une teinte brunâtre; elle est saine d'ailleurs. Deux bouts d'intestin grêle passent aussi sous l'arcade crurale, recouverts par l'épiploon, et se dirigent vers l'anus contre nature. Voici la disposition de ces parties:

L'intestin grêle, après de nombreuses circonvolutions, descend dans le bassin, de droite à gauche, remonte sur le bord gauche du détroit supérieur qu'il côtoie, se dirige vers l'angle interne de l'arcade crurale, sous laquelle il passe, pour se courber aussitôt directement en bas, en formant en dehors un coude à angle obtus.

Reprenant ensuite l'intestin grêle près du cœcum, on le voit plonger dans le bassin, y faire quelques circonvolutions, remonter ensuite derrière le muscle obturateur gauche et la face postérieure du pubis, passer au côté interne du bout supérieur, le contourner en avant, se porter à son côté antérieur externe, sortir avec lui de l'abdomen en formant un coude très prononcé; ce qui explique l'impossibilité de faire arriver une sonde au delà du point indiqué dans l'observation.

Hors de l'abdomen, les deux bouts d'intestin sont recouverts par la peau, le fascia superficialis et le feuillet fibreux qui tend l'arcade crurale, et qui est percé, au niveau de l'anus contre nature, pour donner passage aux deux bouts de l'intestin. Le bout inférieur rétréci, placé au côté antérieur externe du bout supérieur, marche parallèlement à ce dernier, depuis l'arcade crurale jusqu'à l'anus contre nature. Ces deux bouts, ainsi réunis, contournent légèrement le ligament de Gimbernat, et descendent directement le long du bord antérieur du muscle droit interne. L'épiploon s'arrête à l'arcade crurale, à laquelle il adhère ainsi qu'à l'intestin.

Au dessous de l'arcade crurale, les bouts d'intestin sont en rapport : 1° en dedans, avec la peau qui les couvre; 2° en dehors, avec les vaisseaux cruraux, situés à huit lignes de distance; 3° en arrière, unis à une toile celluleuse et pseudo-membraneuse mince, ils forment la paroi d'un large foyer purulent, situé dans l'épaisseur de la cuisse. Ils sont unis entre eux par un tissu filamenteux, lâche et brunâtre. Ils n'ont entre eux aucune continuité; la section de l'intestin a été complète; de sorte que l'éperon qui termine la cloison résultant de l'adossement de ces deux bouts, se trouve au niveau des deux orifices. L'artère épigastrique passe au côté externe des deux bouts de l'intestin.

A l'intérieur, le canal digestif présente les phénomènes suivans : La muqueuse gastrique est grisâtre, légèrement ardoisée, épaisse, assez molle; plaquée, dans quelques points, d'une ponctuation rouge. L'intestin grêle contient très peu de matières alimentaires liquides; sa muqueuse est pâle; à un pied au dessus de la terminaison du bout supérieur, cet intestin dilaté contient beaucoup de matières jaunâtres, en bouillie épaisse et peu odorante. Dans cette étendue, la muqueuse est d'un rouge foncé et finement injectée; au dessous de l'arcade, l'intestin a repris son volume et sa muqueuse est pâle. Le bout inférieur, qui forme à peine la cinquième partie de la longueur de l'intestin grêle, est atrophié, réduit au volume d'une sonde de gros calibre, ne contient qu'un peu de mucosité; ses membranes sont pâles.

Le gros intestin, également atrophié dans la proportion de son volume, contient des caillots de matières fécales d'un gris jaunâtre, dures, peu odorantes, de consistance graisseuse, et s'étalant comme du mastic. La muqueuse, à l'exception de quelques traces d'injection, est pâle dans toute son étendue. Celle du cœcum est parsemée de petits points blancs miliaires qui pourraient bien n'être que du mucus concret amassé dans les follicules. Le rectum seul est dilaté par d'énormes caillots semblables à ceux que nous venons d'indiquer.

Foie sain. Sa vésicule remplie d'une bile épaisse et verdâtre.

La rate, d'un volume ordinaire, s'écrase facilement entre les doigts, sous forme de lie de vin.

La vessie contient une urine brune et fétide; elle est saine. Les reins sont sains.

La matrice est remarquable par son petit volume; elle n'a que douze lignes en hauteur, dix en largeur, et deux en épaisseur.

Appareil locomoteur : Les muscles émaciés sont réduits à un volume excessivement petit; ils sont flasques, pâles, et peu cohérens.

Dans l'épaisseur de la cuisse gauche existe un vaste abcès, qui a détruit en grande partie les muscles de cette région.

Ce foyer purulent, situé derrière l'anus anormal, ne fait aucune saillie à l'extérieur; l'espace inguinal est même affaissé : je ne pourrais dire si cet abcès a pu se manifester par quelques symptômes; je me rappelle seulement que la pression sur cette partie était douloureuse. La malade offrait d'ailleurs peu d'intérêt pour l'observation dans les derniers temps de sa vie; et j'ai porté peu d'attention sur ce point. Quoi qu'il en soit, ce foyer, de forme pyramidale, a pour base le muscle obturateur externe dénudé, et la face antérieure du pubis; son sommet correspond à la partie supérieure du tiers moyen de la ligne âpre du fémur.

La paroi antérieure est formée par la peau, doublée en bas par quelques fibres musculaires brunâtres, restes de quelque muscle de la partie interne de la cuisse, et en haut par les bouts

de l'intestin et une membrane cellulaire mince. En dehors, le foyer correspond, en bas, au droit antérieur de la cuisse, et à la face interne du fémur, recouverte seulement de tissu fibreux et de quelques fibres musculaires macérées; supérieurement au tendon commun des muscles psoas et iliaque, au côté interne de l'articulation coxo-fémorale, dont la capsule fibreuse, dénudée, amincie, macérée, se déchire pendant un mouvement d'abduction de la cuisse. Les surfaces articulaires sont saines, cependant. En arrière, la paroi du foyer est formée par la peau doublée d'une membrane musculaire tellement mince qu'elle est transparente. C'est le reste des muscles demi-tendineux et membraneux. Ce foyer est rempli d'un pus noirâtre mêlé de grumeaux jaunâtres, sans fétidité bien prononcée. La face interne du foyer offre un aspect muqueux dans quelques points pourvus de tissu cellulaire; partout ailleurs, la fibre musculaire paraît à nu et comme macérée. Le muscle droit interne de la cuisse est le seul de cette région qui ait conservé sa continuité. Cependant il est disséqué, mou et friable, et tellement mince qu'il ne forme plus qu'une sorte de cordon noirâtre. Il n'y a plus de traces du muscle pectiné. Il ne reste des adducteurs que quelques vestiges, inférieurement, et le feuillet musculaire qui double la peau postérieurement. Le pus a fusé derrière le tendon des muscles psoas et iliaque, jusqu'à un pouce au dessus de l'arcade pubienne. L'éminence pectinée, dénudée, rugueuse, friable, est gorgée de sucs rougeâtres à l'intérieur; ce qui n'a pas lieu du côté opposé.

Réflexions. Cette observation nous paraît remarquable sous le rapport de l'accident et de ses suites; des phénomènes qui se sont présentés pendant la vie, et des altérations pathologiques nombreuses trouvées sur le cadavre.

Comment cette malheureuse jeune fille a-t-elle pu survivre à cet horrible empalement! tandis qu'une plaie simple, une piqûre, une opération de peu d'importance, sont suivies quelquefois de phlegmasies promptement mortelles. Ici un instrument volumineux, irrégulier, introduit avec violence, traverse le péritoine, qu'il déchire en deux endroits, ainsi que la plèvre, perfore le diaphragme; et l'on ne voit survenir aucun accident, soit primitif, soit consécutif, quoiqu'un fragment d'échalas soit resté dans la plèvre, qu'une anse d'intestin déchirée ait été attirée au dehors! Si l'on suit par la pensée l'instrument au milieu des cavités qu'il traverse, à combien de déchirures ne doit-il pas donner lieu! Cependant, une seule anse d'intestin est lésée, et cette anse est attirée au dehors; pas d'épanchement dans la cavité du ventre, pas de péritonite. Le diaphragme est perforé, la rate, organe solide, bouche l'ouverture, et s'oppose à une hernie diaphragmatique. On ne sait trop si l'on doit admirer davantage le concours heureux des circonstances qui préserve cette jeune fille de lésions immédiatement et nécessairement mortelles, ou bien l'art avec lequel la nature répare les désordres qui sont la suite de cet accident. La double déchirure du péritoine ne donne lieu qu'à une inflammation adhésive toute locale, et la présence d'un corps étranger dans la plèvre ne détermine qu'une phlegmasie moderée; phlegmasie salutaire même, par les adhérences du poumon qui limitent l'étendue du foyer purulent, mais surtout par la fausse membrane épaisse qui tapisse l'intérieur de ce foyer, et préserve le poumon du contact du corps étranger, auquel on pourrait dire qu'elle sert d'atmosphère isolante. Par les soins qu'elle apporte à réparer le mal, la nature ne semble-t-elle pas révéler au chirurgien des prédispositions favorables à son intervention active? prédispositions trop souvent ignorées, trop peu étudiées, et qui, si elles étaient connues ou appréciées, seraient, dans bien des cas, une contre-indication pour les opérations les plus simples en apparence. Une santé robuste, qu'elle a reçue des mains de la nature, et qu'une vie laborieuse, un régime frugal, l'air pur des champs, ont entretenue et fortifiée; une constitution vierge, si rare dans les grandes cités, où les enfans portent trop souvent la peine des fautes de leurs parens; un caractère enjoué: telles sont les circonstances qui, chez cette jeune fille, ont dû puissamment favoriser le travail de la nature.

La lésion du diaphragme, d'après cette observation, ne donne pas lieu dans tous les cas aux accidens qui lui sont attribués par les auteurs. Du moins il ne paraît pas, et cette jeune fille rend compte de tout ce qui lui est arrivé avec une précision remarquable, il ne paraît pas qu'aucun accident notable, de quelque nature qu'il fût, soit survenu après la chute.

Notre diagnostic relativement à l'anus contre nature, a été vérifié par l'autopsie cadavérique. L'état des côtes et de la plèvre n'avait pas été reconnu ni convenablement étudié. L'abcès de la cuisse n'a pas été soupçonné. Cette double faute pouvait-elle être évitée? Nous le pensons.

Il était convenable de s'assurer d'abord, au moyen de la sonde, de la cause qui entretenait la fistule du dos. On aurait trouvé la peau décollée, et les côtes dénudées; peut-être même aurait-on rencontré l'ouverture intercostale qui communiquait dans la plèvre, et permettait à l'air extérieur d'entrer et de sortir dans les mouvemens d'inspiration et d'expiration. Si elle n'avait été rencontrée, il y avait indication de fendre la peau décollée pour mettre à découvert les côtes cariées, et cette ouverture aurait été mise à nu par cette simple opération. L'exploration du foyer pleural devenait alors facile, au moyen d'une sonde de femme, ou de tout autre instrument convenable; on aurait pu en constater l'étendue, et l'on aurait incontestablement reconnu la présence d'un corps étranger mobile dans la cavité de ce foyer. Au moyen de l'auscultation on aurait reconnu l'intégrité de la respiration dans toute la moitié supérieure du poumon gauche, ainsi qu'en avant et en arrière dans la moitié inférieure; tandis qu'en dehors on aurait dû entendre, par instans, un résonnement amphorique, puisque du pus et de l'air existaient souvent dans la cavité du foyer; probablement aussi la succession hippocratique eût fait entendre le flot du liquide. La percussion, sonore partout dans le côté gauche, devait être très intense en dehors; et, suivant la quantité de liquide contenu dans le foyer, on aurait parfois rencontré de la matité en bas. La carie des côtes était reconnue, son étendue pouvait être appréciée par la sonde, ou même par la vue et le toucher; il y avait évidemment un foyer dans la

plèvre, communiquant à l'extérieur, puisque l'air entrait et sortait pendant les mouvemens de la respiration. Ce foyer était limité, puisque la respiration se faisait très bien dans la majeure partie du poumon; le poumon avait contracté des adhérences dans une grande étendue, sans quoi il se serait affaissé sur le médiastin. On pouvait ainsi, par l'auscultation, limiter l'étendue du foyer de la plèvre, tandis que l'exploration de ce foyer aurait fait reconnaître la présence d'un corps étranger. L'état des parties se trouvait ainsi constaté. De ce que ces moyens d'investigation n'ont pas été employés, il ne faudrait pas conclure qu'il était impossible de préciser le diagnostic. Je dirais presque qu'il n'eût pas été possible de se tromper, si la percussion et l'auscultation de la poitrine, l'exploration du foyer avaient été pratiquées avec soin. J'insiste sur ce dernier point, car, comme nous le verrons dans un instant, de la précision du diagnostic découlaient naturellement les indications curatives.

Quant à l'abcès de la cuisse, altération si remarquable par la dissolution d'une couche musculaire épaisse, la dénudation d'os et de tissus fibreux; quelle en est la cause, à quelle époque peut-on en faire remonter la formation? à quel signe pouvait-on le reconnaître? Ces questions nous semblent un peu difficiles à résoudre. La malade a pu marcher jusque dans les derniers temps de sa vie; car ce n'est que deux ou trois mois avant la mort qu'elle a cessé de se lever et de se promener. Il paraît assez probable que l'abcès est postérieur à cette époque : au moins la destruction des muscles n'a dû avoir lieu que du moment où la malade a cessé de marcher; sans cela la marche eût été, sinon impossible, au moins très difficile. Cet abcès est-il symptomatique de la carie de l'éminence pectinée? Je ne le pense pas: cette carie est encore récente, l'os n'est que dénudé, il n'est point usé; tandis que les muscles sont dissous, et les tissus fibreux tellement macérés qu'ils se rompent au moindre effort. La dénudation de cet os nous paraît due au pus qui a fusé sous le tendon des muscles psoas et iliaque. Cette carie serait encore plus avancée, qu'il n'en faudrait rien conclure, car le contact du pus a profondément carié les côtes, dont la substance est plus compacte que celle de l'éminence pectinée. Quelle est donc la cause de cet abcès? des matières alimentaires ont-elles filtré à travers le tissu cellulaire intermusculaire de la cuisse, par quelque crevasse qui se serait faite près de l'anus, dans un effort pour se lever, ou par tout autre moyen? La chose nous paraît possible, et même assez probable. Ce qui nous paraît probable surtout, c'est que cet abcès n'a pas plus de deux ou trois mois de date, et qu'il ne serait point arrivé si la continuité du canal digestif avait été rétablie. Quoi qu'il en soit, il a été méconnu. Si la douleur légère, accusée par la malade lorsque l'on exerçait une pression dans le voisinage de l'anus contre nature, avait sollicité un examen attentif de cette région, nul doute que la fluctuation n'eût décélé la présence d'un liquide dans l'épaisseur de la cuisse. Au reste, cette connaissance, dans les derniers temps de la vie, n'eût été d'aucune utilité pour la malade. C'est au moment de sa formation que cet abcès devait être reconnu et ouvert, afin d'en arrêter les ravages.

Le diagnostic étant bien établi (il pouvait l'être, sans contredit, pendant la vie, avec autant de certitude qu'au moyen des connaissances que l'anatomie nous a révélées), peut-on concevoir l'idée d'une guérison complète? la chirurgie doit-elle intervenir au milieu d'aussi graves désordres?

Avant de résoudre cette question, nous dirons qu'il n'entre nullement dans notre esprit de faire une critique malveillante des moyens employés, et de l'inaction dans laquelle on a cru devoir rester après les premières tentatives de guérison. Nous rechercherons la vérité avec sincérité et bonne foi, nous attachant aux faits, et faisant abstraction des personnes.

Suivant nous, le premier devoir du chirurgien était de rétablir le cours des matières alimentaires. Or, jamais anus contre nature ne s'est présenté avec des chances plus favorables à la section de la cloison : en effet, l'opération se passait hors de la cavité abdominale, il n'y avait à craindre aucun des accidens que l'on pourrait appréhender dans des circonstances opposées; cette section pouvait avoir lieu dans l'étendue de dix-huit à vingt lignes, sans le moindre danger, au moyen de l'entérotome de M. Dupuytren. Je ne pense pas que l'on puisse être tenté de recourir à l'invagination; l'inégalité de volume des deux bouts d'intestin rendrait cette opération impossible. Après la section de la cloison, on aurait recours au tampon et à la compression pour forcer les matières alimentaires à passer dans le bout inférieur. L'atrophie de cette portion d'intestin apporterait sans doute quelques obstacles au rétablissement du cours de ces matières; on pourrait d'avance injecter par le bout inférieur des purgatifs pour réveiller sa contractilité, ranimer sa sécrétion, et faciliter l'évacuation des fèces contenues dans le gros intestin. Ainsi pratiquée, l'injection des purgatifs pourrait avoir plus d'avantages que l'administration des lavemens, qui n'agissent que sur le gros intestin.

La seconde indication à remplir serait l'enlèvement de la partie cariée des côtes, opération facile, peu douloureuse, et qui paraît exempte de tout danger : l'incision cruciale de la portion de peau décollée, mettrait à découvert les côtes malades; leur section, soit avec la scie, soit avec un sécateur, pourrait être pratiquée sans le moindre danger pour les organes respiratoires, puisque ces os se trouvent, en quelque sorte, isolés entre deux foyers purulens, dans lesquels l'air circule librement, et que cette partie des parois thoraciques est étrangère, ou à peu près à l'acte de la respiration. On n'a point à craindre d'inflammation, puisque l'on ne change pas les conditions du foyer pleural; qu'au contraire, en agrandissant l'ouverture qui le fait communiquer à l'extérieur, on arrive à l'extraction du corps étranger qu'il contient, et l'on favorise l'écoulement du pus, qui, par sa dépravation, résultant d'un séjour prolongé avec le contact de l'air, devenait une cause d'infection; quelques injections émollientes, ou même stimulantes, favoriseraient le rapprochement et la réunion des parois du foyer, et la guérison s'opérerait par l'affaissement du côté malade. Cette guérison

n'a certes, rien qui étonne, il est même difficile de concevoir aucune inquiétude pour les suites de l'opération bien simple que l'on aurait à pratiquer sur le côté de la poitrine.

Reste maintenant l'abcès de la cuisse, qui, suivant nous, a dû se former seulement dans les derniers temps de la vie; qui n'aurait pas eu lieu, si la continuité du tube digestif eût été rétablie. Admettons, toutefois, la supposition la plus défavorable; que cet abcès soit d'une date plus ancienne; et qu'au moment où il est découvert, il ait déjà détruit une grande épaisseur de muscle. Le cas est, sans doute, fort grave; mais, il n'est pas essentiellement mortel : si l'on considère avec quel bonheur cette jeune fille à échappé aux accidens inflammatoires dont elle a été menacée, et supporté une suppuration abondante et dépravée, on sera moins effrayé sur les suites de cet abcès, surtout lorsqu'une source de suppuration a été tarie; et que, par suite du rétablissement de la continuité du canal digestif, la malade a repris des forces pour résister à une suppuration nouvelle. Quelque grave que soit cette complication, elle ne nous paraît pas devoir faire échouer les heureux résultats obtenus par les opérations antécédentes.

Il est facile nous dira-t-on, d'improviser une guérison sur le cadavre; il est facile à l'imagination d'opérer des prodiges; il n'y a point de borne à sa toute-puissance. Nous croyons, cependant, que cette guérison pouvait revêtir les caractères de la réalité, si elle avait été tentée. Sans vouloir remplacer des faits par des suppositions, profitons des enseignemens que nous donne l'ouverture des corps; reconnaissons humblement nos erreurs et nos fautes, afin de les éviter dans d'autres circonstances.

Quelques mots encore sur les anus contre nature : le traitement de cette affection paraît arrivé au plus haut degré de perfection. Cependant, n'y a-t-il pas des cas dans lesquels la section de la cloison est impossible, ou doit être retardée, tandis que l'on est obligé de soutenir les forces du malade, épuisées par une issue trop prompte des matières alimentaires. Les extraits bruts de viandes ou de végétaux introduits en lavement, sont d'un bien faible secours; ils ne peuvent remplacer le bol alimentaire préparé par l'action successive de la salive, des sucs gastriques, biliaires et pancréatiques. Ne pourrait-on, dans ces cas, introduire au moyen d'une seringue, dans le bout inférieur de l'intestin, ou même dans le rectum, si ce bout n'avait pas d'orifice extérieur, les matières alimentaires qui s'écoulent par le bout supérieur et que l'on conserverait dans un récipient? Des lavemens de cette nature seraient, sans doute, plus nutritifs que les extraits de viandes ou les consommés. Lorsque le bout inférieur a un orifice manifeste, il serait plus convenable d'y introduire une canule en forme d'entonnoir; cette canule, maintenue par une pelotte à réceptacle, servirait de moyen de transmission aux matières alimentaires; ces matières s'y introduiraient avec d'autant plus de facilité que, pressées de toutes parts dans la concavité de la pelotte, elles ne trouveraient d'autre issue que la canule qui les conduirait dans le bout inférieur de l'intestin. On a proposé, dans ces derniers temps, de transmettre les matières du bout supérieur dans l'inférieur, au moyen d'un canal introduit dans les deux orifices; mais il paraît que ce moyen a échoué entre les mains d'un chirurgien habile.

Sans attacher à cette idée, ainsi qu'à la précédente plus d'importance qu'elles ne méritent, nous dirons que déjà, en 1825, nous les avions émises, en lisant cette observation à la Société Hippocratique.

Nous terminerons ces réflexions en faisant remarquer la coïncidence des accès hystériques, et le peu de développement des organes de la génération; coïncidence peu favorable à l'opinion de ceux qui placent le siége de cette maladie dans l'utérus.

LEGROUX. *D. M. P.*

NÉVRALGIE FACIALE DU COTÉ GAUCHE, D'ABORD CONTINUE, PUIS INTERMITTENTE QUOTIDIENNE. EMPLOI DE LA SALICINE. GUÉRISON.

Mademoiselle Maguerite A...., de Suippes, âgée de vingt et un ans, assez fortement constituée, et ayant toujours été bien réglée, fut prise, il y a environ deux ans et demi, de douleurs vives occupant tout le côté droit du visage : ces douleurs arrivèrent rapidement au plus haut degré d'acuité et furent suivies d'une déviation considérable de la bouche et du nez, au point que la commissure droite des lèvres et l'aile du nez du même côté étaient de trois à quatre lignes plus élevées qu'à gauche. Il survint en même temps du gonflement et de la rougeur; les parties affectées étaient très sensibles au toucher. Ces accidens persistèrent avec la même intensité durant trois semaines, et ne disparurent totalement qu'après quarante jours de durée.

Il y avait à peu près deux ans que mademoiselle M. A.... avait éprouvé ces phénomènes, lorsque, le 28 octobre 1833, elle ressentit, après un léger refroidissement, une douleur aiguë au côté gauche de la face et du front. Le mal alla en augmentant jusqu'au 2 novembre, jour où je fus appelé auprès de la malade.

Voici l'état dans lequel je la trouvai :

Une douleur très vive, lancinante, augmentant par la pression, existait, d'une part, au niveau du trou sous-orbitaire gauche, s'irradiait sur tout le côté gauche du visage et occupait exactement la moitié correspondante du nez; de l'autre, la malade accusait une douleur un peu moins forte qui, partant du trou sourcilier gauche, semblait suivre la distribution du nerf orbito-frontal. Les parties souffrantes n'étaient le siége d'aucune tuméfaction, elles étaient un peu plus rouges qu'à l'état normal. Des contractions spasmodiques affectaient de temps en temps les muscles auxquels fournit le nerf maxillaire supérieur. La conjonctive du côté gauche était très légèrement injectée, la sécrétion des larmes était augmentée de ce côté. Toutes les autres fonctions étaient intactes; il y avait absence complète de fièvre.

J'employai d'abord des cataplasmes laudanisés et des pédiluves sinapisés. Les douleurs diminuèrent faiblement sous l'influence de ces moyens, mais bientôt leur application ne fut

plus suivie d'aucune amélioration, et le mal continua à se faire sentir d'une manière continuelle et toujours avec la même violence.

Le 4 novembre, je fis frictionner les parties malades avec le liniment ammoniacal : une éruption nombreuse de vésicules eut lieu et fit cesser brusquement la douleur et les convulsions. Le 5, les accidens revinrent à dix heures du matin et cessèrent à trois heures du soir. J'eus de nouveau recours au liniment volatil ; mais cette fois sans succès, car la névralgie se manifesta le 6, comme la veille, par un accès qui commença à dix heures du matin et se termina à trois heures de relevée. Le 7 et le 8, l'accès reparut exactement à la même heure, avec cette différence qu'il fut plus intense et que sa durée fut un peu plus longue. Dans la matinée du 9, huit grains de salicine furent pris en pilules : l'accès parut à l'heure ordinaire, mais il ne dura que deux heures, la douleur fut moins grande, les mouvemens convulsifs furent peu apparens, Le soir et le lendemain matin, huit grains de salicine furent donnés ; l'accès du 10 manqua complètement, la conjonctive gauche reprit sa couleur naturelle, la glande lacrymale produisit moins de larmes ; la malade fut totalement guérie. Nous continuâmes cependant l'usage de la salicine les trois jours suivans, à la dose de quatre grains matin et soir, pour éviter toute récidive.

Mademoiselle M. A.... a constamment joui d'une bonne santé depuis cette dernière maladie.

SEURE, *Doct. M. P.*
A Suippes (Marne).

CRACHEMENT DE SANG SIMULANT UNE HÉMOPTYSIE, OCCASIONÉ PAR LA PRÉSENCE D'UNE SANGSUE DERRIÈRE LE VOILE DU PALAIS ET GUÉRI PAR L'EXTRACTION DE CE VER AQUATIQUE QUE L'INDIVIDU PORTAIT SANS S'EN DOUTER.

Un berger de la commune de Trouillas (Pyrénées Orientales), était sujet, depuis 18 jours, à un crachement de sang dont il ignorait la cause. Fatigué de l'usage de quelques boissons pectorales que les hommes de l'art lui avaient inutilement prescrites, il alla consulter un médecin dans un village très voisin de Perpignan. Ce dernier n'ayant pu obtenir aucun des signes commémoratifs et diagnostiques, à l'aide desquels on reconnaît le siége et l'espèce des hémorrhagies buccales, prit le parti d'explorer l'avant-bouche et le pharynx. Il aperçut à l'orifice de ce dernier organe, derrière le voile du palais, au côté gauche de la base de la luette, une sangsue de la longueur de deux pouces environ, et de la grosseur de huit lignes vers la région moyenne de son corps. Ce ver aquatique, fut extrait, après plusieurs tentatives, à l'aide du pouce et de l'index de la main gauche et des pinces à pansement.

L'individu qui est l'objet de cette observation, en perdant son sang, sentait diminuer ses forces. De quelles souffrances n'aurait-il pas été la proie si ce même ver se fut introduit dans son estomac !..... Et dès lors, combien auraient été inutiles les efforts que le praticien, même le plus expérimenté, aurait faits pour combattre les terribles accidens qui se seraient déclarés chez ce malheureux !

Ce fait, qui ne peut être révoqué en doute, doit rappeler à ceux qui se livrent à la pratique de la science médicale, que l'homme de l'art ne met pas toujours en vain son esprit à la torture pour découvrir le siége et la cause de la maladie qu'il a à combattre.

Une fois suffisamment gorgées, me dira-t-on, les sangsues se détachent spontanément, j'en conviens ; mais ici il n'en a pas été de même : la sangsue dont il s'agit n'était jamais parvenue à ce degré de plénitude nécessaire à sa chute spontanée ; mais ayant acquis un certain volume, elle gênait, chez ce berger, le mouvement de déglutition. Cet homme, cherchant par l'action du crachement à se débarrasser de ce corps étranger, dont il ignorait la nature, faisait exécuter au pharynx des mouvemens de constriction sur ce ver aquatique, qui, pressé, dégorgeait une partie du sang sucé, et continuait sans cesse la succion. Ces faits s'expliquent assez par les crachats sanguinolens que cet individu expulsait fréquemment.

BONAFOS (Julien), D. M., etc.
A Sigean (Aude.)

NÉVRALGIE DENTAIRE. — ÉVULSION, REPLACEMENT ET CONSOLIDATION DE LA DENT DOULOUREUSE.

Marie Proch, de Servian (Hérault), âgée de 17 ans, domestique de M. Lucien Giret, est atteinte en 1833, pendant que je donne des soins à sa dame, d'une violente odontalgie, qui paraît à diverses reprises pendant huit jours. La douleur que ressent la malade est très aiguë, lancinante, avec rougeur à la face ; elle produit l'anorexie et l'insomnie. Ne pouvant résister plus long-temps à de cruelles douleurs, la patiente me prie instamment de lui arracher la dent qui lui cause tant de souffrance ; ce que je refuse d'abord, la couronne de la deuxième partie molaire gauche de la machoire supérieure, siége du mal, me paraissant dans son état naturel. Cependant, connaissant la possibilité de délivrer la malade de ses douleurs tout en lui conservant la dent si les racines sont saines, j'en opère l'évulsion et les parties contenues dans la cavité alvéolaire étant en très bon état, je replace la dent évulsée dans son alvéole ; recommandant à la malade de s'abstenir d'alimens solides pendant quatre ou cinq jours.

Dix mois se sont écoulés depuis que cette observation a été recueillie ; aucune douleur ne s'est fait sentir. Le pédicule vasculo-nerveux qui du fond de l'alvéole pénètre dans le canal dentaire ayant été rompu lors de l'arrachement, sans qu'il se manifestât aucun symptôme de périodontite, la cavité alvéolaire s'est resserrée sur la racine, la retient avec force, et lui rend sa solidité naturelle. La dent reste étrangère à l'organisme, mais elle fonctionne mécaniquement aussi bien que les autres (1).

CABANÈS. *D. M. à Servian.*

(1) J'ai à Paris deux dames dans ma clientelle à qui M. Pernet a fait la même opération. J'ai examiné moi-même avec le plus grand soin les dents, ainsi replacées après avoir été arrachées, et je me suis assuré qu'elles n'étaient pas moins solides que toutes les autres.

(Note du rédacteur.)

EXCISION DES POLYPES DE LA MATRICE AVEC DES FILS MÉTALLIQUES.

Avec les auteurs du Mémoire sur le traitement des corps ou polypes fibreux de l'utérus, inséré dans le cahier de mai 1834 de ce journal, je reconnais que le meilleur mode de traitement à appliquer à ces productions anormales est l'excision. Mais est-il toujours possible de la pratiquer? Pour la faire, il est indispensable d'amener le pédicule de la tumeur à la vulve ou bien près de la vulve; ce résultat n'est pas toujours facile à obtenir quand ces polypes sont tellement volumineux qu'ils remplissent toute l'excavation pelvienne; et d'ailleurs les tractions violentes qu'on est quelquefois obligé d'exercer sur l'utérus peuvent n'être pas sans danger.

La ligature est sans doute une opération difficile; mais la difficulté d'exécuter une opération n'est pas un motif de la faire rejeter, si d'ailleurs elle présente des avantages réels. L'adynamie et l'ataxie qui surviennent à la suite de la décomposition qui s'empare de la tumeur, présentent les plus graves dangers, et sont des accidens inhérens à la ligature de ces volumineuses tumeurs. Mais ne serait-il pas possible d'obvier à ces inconvéniens trop réels en se servant, pour la ligature, d'un fil métallique assez solide pour couper immédiatement le pédicule par une constriction et un mouvement de scie convenablement ménagés?

Ces réflexions m'ont été suggérées par un fait de pratique que j'ai cru mériter quelque intérêt.

Au mois de juin 1833, je fus appelé par mon jeune confrère, M. Mesnard, qui exerce la médecine dans le canton de l'Encloistre, arrondissement de Châtellerault, pour voir une de ses malades, âgée de quarante ans, qui, depuis plus d'une année, avait des pertes presque continuelles.

Sa santé était entièrement détériorée; aux pertes rouges, aux écoulemens jaunâtres s'était joint un état permanent de gêne et de pesanteur dans la région hypogastrique. Depuis quelques jours la faiblesse avait beaucoup augmenté, des lipothymies fréquentes donnaient les plus vives inquiétudes. Dans la nuit qui précéda mon arrivée, des efforts d'expulsion avaient eu lieu et une tumeur volumineuse s'était montrée à la vulve.

Au moment où je vis la malade, les pertes d'un sang pâle continuaient, toute la peau était d'un jaune pâle et comme étiolée, le pouls était faible, accéléré; les moindres mouvemens étaient pénibles et quelquefois suivis de syncopes. Il était instant de remédier à cet ordre de choses.

Après nous être assurés par des recherches exactes que nous avions affaire à un corps fibreux utérin, d'un volume considérable, qui remplissait toute l'excavation du bassin, faisait saillir l'utérus au dessus du pubis, et ne permettait pas l'introduction de la main pour aller explorer le lieu de son insertion; nous convinmes qu'ils fallait ou extirper ou lier ce corps étranger, et que, dans tous les cas, il fallait l'amener au dehors pour pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations. Je fis, à l'aide de crochets et d'airignes, de vaines tentatives pour en venir à bout; je crus mieux réussir en appliquant le forceps; efforts inutiles; les tractions opérées sur l'utérus de cette manière étaient horriblement douloureuses; j'étais effrayé de la force que j'employais; il fallut y renoncer et aviser au moyen de porter une ligature sur le pédicule présumé, à l'aide de port-nœuds; j'étais à trois lieues de chez moi, le cas était pressant, j'imaginai pour suppléer aux instrumens qui me manquaient, de faire de deux sondes à femmes, des porte-nœud.

Les deux bouts d'un fil solide furent introduits par un des trous qui se trouvent à l'extrémité de ces sondes, ramenés vers le pavillon de chaque sonde et fixés par l'introduction d'une cheville en bois qui servait à donner aux sondes la longueur convenable, pour être tenues et manœuvrées commodément.

Ce n'est qu'avec difficulté que ces instrumens furent portés jusqu'au haut de la tumeur, à cause du volume de cette dernière; ce n'est pas sans obstacles non plus, qu'une des sondes fut promenée autour du pédicule pour venir rejoindre celle qui était restée immobile. Cette première partie de l'opération achevée, il restait à serrer l'anse de fil et je n'avais pas de serre-nœud; à la campagne on trouve toujours un *chapelet*, j'avais fait défiler les perles d'un de ces meubles de dévotion, et après avoir dégagé mes sondes, j'introduisis les deux bouts de fil dans les trous de chaque grain du rosaire; j'en enfilai ainsi dix-huit, entés sur le dernier qui paraissait au dehors de la vulve, je mis en travers une chévillette et je nouai dessus les deux brins du fil, en serrant fortement. M. Mesnard se chargea de serrer le fil tous les jours et je partis le lendemain au matin, après m'être assuré par l'état assez satisfaisant de la malade et l'absence des *douleurs* que le polype seul avait bien été compris dans l'anse de fil.

Au quatrième ou cinquième jour, mon confrère m'envoya un exprès pour me dire que notre malade était expirante; qu'elle était tombée dans l'adynamie la plus profonde et que la tumeur développait une odeur horriblement fétide. Je me rendis en toute hâte; mon jeune ami n'avait rien exagéré, il était évident qu'un plus long séjour de la tumeur sphacélée entraînerait inévitablement la perte de la malade.

Je fis à l'aide du fil et des crochets de nouvelles tentatives de traction qui furent sans succès.

Comme le fil qui étranglait la tumeur était solide et que la tumeur était ramollie par les progrès de la décomposition putride, je conçus la possibilité de la séparer en coupant le pédicule à l'aide du fil: je pris un bout de chaque main, je recommandai à M. Mesnard de presser fortement sur la dernière perle et en tirant alternativement sur chaque bout de fil, j'opérai un mouvement de scie sur le pédicule; après quelques instans de cette manœuvre, je sentis tout à coup la résistance céder; je crus d'abord que le fil venait de casser, mais je me trompais, il sortit entier: le pédicule était coupé. Heureux de ce premier succès j'embrassai la tumeur avec le forceps, je ne craignis plus d'employer la violence, puisque j'avais la certitude de l'isolement du corps fibreux et je l'amenai au de-

hors : il pesait deux livres et quelques onces.

Des injections et lotions antiseptiques, une médication tonique et un régime approprié rétablirent la malade, qui depuis lors a recouvré une santé dont elle ne jouissait plus depuis longtemps.

Si j'avais employé pour la ligature un fil métallique rugueux, mal poli, mais simple et d'une ténacité convenable, j'ai la conviction qu'à l'aide de ma manœuvre et du mouvement de scie j'aurais pu immédiatement opérer la séparation du polype, et éviter les accidens résultant de la décomposition putride ; j'aurais fait en un moment, et sans danger, ce qui s'est fait en cinq jours et dans les plus grands périls.

LERPINIÈRE, D. M.
à Châtellerault (Vienne.)

EMPLOI DE L'AMMONIAQUE DANS L'APOPLEXIE SANGUINE.

Dans les premières années de ma pratique médicale, j'eus le malheur de perdre plusieurs malades attaqués d'apoplexie ; et pourtant j'avais la conviction intime d'avoir scrupuleusement suivi les préceptes de mes maîtres. Le hasard, en 1811, me procura le Mémoire de Sage sur l'alkali volatil fluor ; et je lus avec surprise les effets de cette substance dans un cas d'apoplexie foudroyante. Depuis cette époque j'associe, d'une main plus hardie, l'ammoniaque aux autres moyens prescrits pour le traitement de l'apoplexie qui me paraît sanguine, et j'en obtiens quelquefois les résultats les plus avantageux : je dis dans l'apoplexie sanguine, car si le malade est faible, languissant, d'un tempérament lymphatique, l'ammoniaque ne m'a paru produire aucun avantage.

Parmi les observations que me fournissent mes notes, à dessein j'en choisis deux qui prouvent les heureux effets de l'ammoniaque dans l'apoplexie sanguine.

OBS. I. — *Congestion cérébrale.*

Antoinette Duhard, femme Délubé, tempérament sanguin, constitution robuste, âgée d'environ cinquante ans, blanchisseuse, demeurant au faubourg de Martelle de la ville d'Astaffort, mangeait habituellement beaucoup et se livrait à des travaux pénibles : elle éprouvait quelquefois des vertiges passagers, des céphalalgies et des éblouissemens. Le 21 juillet 1816, vers huit heures du matin, Antoinette, se trouvant occupée à étendre du linge, tombe sans connaissance.

Appelé près de la malade, je trouve les symptômes suivans : stupeur générale, balbutiement, yeux rouges et étincelans, regard fixe, face livide, front brûlant au toucher, veines jugulaires très gonflées, respiration lente et difficile, pouls plein et dur, nausées. Je fais mettre Antoinette, en face d'une porte ouverte et la tête nue, dans un fauteuil où une personne placée derrière elle, la retient au moyen d'une serviette passée autour du corps et au dessous des aisselles.

Immédiatement après avoir ouvert la veine du bras, je lui donne comme je puis vingt-cinq gouttes d'ammoniaque dans un demi-verre d'eau fraîche et je lui fais mettre les pieds dans l'eau chaude. La malade revient un peu à elle. Dès que j'ai tiré environ douze onces de sang, je ferme la veine et j'applique vingt sangsues aux malléoles internes : puis je donne encore vingt-cinq gouttes d'ammoniaque dans un demi-verre d'eau fraîche. Quand les sangsues tombent, je fais une deuxième saignée du bras, j'ordonne qu'on mette la malade qui a recouvré l'usage de ses sens dans son lit, de manière qu'elle soit à peu près sur son séant ; et je prescris cinq gouttes d'ammoniaque dans un demi-verre d'eau fraîche toutes les heures. Vers deux heures de l'après-midi, nouvelle saignée du bras ; deux lavemens adoucissans dans la soirée : nuit tranquille, quatre heures de sommeil.

Le 22. — Purgation légère et eau sucrée froide ; un léger potage dans l'après-midi ; un lavement adoucissant le soir : nuit bonne ; cinq heures de sommeil.

Le 23. — Convalescence ; cessation de la paralysie, mais léger trouble dans les idées pendant quelques jours.

OBS. II. — *Congestion et hémorrhagie du cerveau.*

Bernard Sentou, forgeron, tempérament sanguin, constitution forte, adonné au vin, âgé d'environ quatre-vingt-six ans, demeurant à Astaffort, éprouvait depuis quelques jours des bourdonnemens d'oreille et un besoin invincible de dormir, quand le 13 janvier 1817, vers deux heures de l'après-midi, par un temps froid et sec, il tombe évanoui et rend par la bouche une écume sanguinolente.

Appelé de suite près du malade, je constate les symptômes suivans : face plombée, yeux fixes et larmoyans, regard hébété, coma, aphonie, légère distorsion à droite de la bouche, d'où s'écoulait de l'écume sanguinolente qui avait déjà sali tous les vêtemens ; front brûlant au toucher, respiration lente et stertoreuse, pouls plein et rare, bras gauche agité de mouvemens convulsifs.

J'emploie exactement le même traitement que pour le malade précédent.

Je le fais transporter ensuite dans le lit, de manière à ce qu'il y soit à peu près sur son séant. Je pratique une seconde saignée ; prescription de cinq gouttes d'ammoniaque dans un demi-verre d'eau toutes les heures. A l'entrée de la nuit le malade commence à parler d'une manière intelligible. Deux lavemens dans la soirée : nuit tranquille ; insomnie.

Le 14. — Purgation légère, eau sucrée froide ; le soir deux emplâtres-vésicatoires aux jambes et un lavement adoucissant. Nuit tranquille ; trois heures de sommeil.

Le 15. — Léger potage, eau sucrée, un lavement : nuit bonne ; quatre heures de sommeil.

Le 16. — Convalescence ; mais le bras demeure paralysé quelques jours et engourdi environ trois mois.

GAVARRET, *D. M. à Astaffort.*

NOTE SUR L'ACARUS DE LA GALE.

La Fontaine a dit, je crois, dans un fable :

> Il ne faut jamais dire aux gens
> Ecoutez ce récit, oyez cette merveille !
> Savez-vous si les écoutans
> En feront une estime à la vôtre pareille ? ...

C'est d'abord ce qui est arrivé dernièrement au sujet de l'*acarus;* et si merveilleuse que pa-

raisse sa découverte à ceux qui l'avaient si long-temps et si vainement cherché, force a été pourtant d'avoir créance au fait, après avoir vu, après avoir appris à reconnaître les traces de l'insecte, le lieu d'élection qu'il choisit pour son séjour, après l'avoir vu sortir de la peau, l'avoir vu marcher, et l'avoir étudié à l'aide du microscope. Un élève de l'ex-faculté de médecine, M. Renucci, assistait dans le courant du mois d'août dernier à une leçon que M. Alibert faisait sur la gale à l'hôpital Saint-Louis. Les doutes élevés sur la validité de l'*acarus scabiei*, et les discussions auxquelles cet animalcule a donné lieu furent exposés par le professeur; et M. Renucci, qui, dans plusieurs contrées de la Corse, sa patrie, avait eu d'innombrables occasions d'observer la gale, de se convaincre par lui-même et par ses propres recherches de l'existence de l'acarus; qui même, avait, en mainte circonstance, vu les femmes du peuple extraire cet insecte pour guérir soit elles-mêmes soit leurs enfans, lorsque la gale était à son début; M. Renucci, disons-nous, ne voulut pas attendre plus long-temps pour fournir les preuves les plus évidentes de la présence des cirons chez les galeux. En conséquence, devant M. Alibert et les nombreux élèves qui assistaient à sa leçon, il prit la main d'une jeune femme arrivée à la consultation et affectée depuis peu d'une gale très abondante; puis après avoir indiqué d'avance une vésicule au niveau de laquelle un acarus devait se trouver, il fit l'extraction de l'insecte qu'on vit bientôt marcher sur son ongle, au grand étonnement de l'assemblée. Un autre essai, sur un autre galeux, eut le même résultat. Dès lors cette découverte fut consignée dans un procès-verbal, rédigé et signé séance tenante par ceux qui avaient vu, et publiée le lendemain par un journal. Cette nouvelle excita le doute dans l'esprit de tous ceux qui s'étaient inutilement occupés de la recherche de l'acarus. L'auteur de cette note qui, pendant son internat à l'hôpital St-Louis ayant la division des galeux, s'était comme tant d'autres, livré à de vaines investigations à ce sujet, fut particulièrement curieux de vérifier l'exactitude des faits annoncés par M. Renucci. Après avoir pris toutes les précautions possibles pour qu'aucune erreur volontaire ou involontaire ne fût commise, il resta convaincu de la réalité de l'*acarus*, ainsi que plusieurs médecins qui assistèrent à ces premières expériences, et furent des premiers à en attester l'exactitude. Une réunion beaucoup plus nombreuse qui eut lieu quelques jours après dans les salles de M. le docteur Emery, et à laquelle assistaient entr'autres MM. Raspail, Roulin, Lugol, Alibert, Miquel, Horteloup, Forget, Legros, etc., fut l'occasion d'une sorte de triomphe pour M. Renucci; car, ce ne fut pas lui, mais M. Emery lui-même, mais plusieurs élèves qui, sur les indications données par M. Renucci, sans qu'il touchât lui-même les malades récemment arrivés, choisis pour ces recherches, purent eux-mêmes extraire l'acarus. Ainsi, M. Renucci répondit aux doutes ou aux négations, en faisant enlever l'acarus par ceux même qui les avaient exprimés. C'était la meilleure et la seule réponse qu'il avait à faire; et il l'a faite.

Examiné à l'œil nu, l'acarus s'offre sous l'aspect d'un petit corps arrondi blanchâtre, qu'on voit se mouvoir et marcher sans pouvoir distinguer ses formes. Mais placé sous la lentille d'un microscope, sa conformation extérieure se rapproche tout à fait de celle d'une tortue. On voit sa tête fort petite s'avancer et se retirer comme celle de l'animal dont nous venons de parler. Deux longs poils sont fixés à son extémité postérieure, d'autres répandus sur son corps. Renversé sur le dos, on lui compte huit pattes dont les deux dernières plus rapprochées de la ligne médiane du corps et plus courtes n'existent, à ce qu'il paraît, que chez l'insecte adulte, qui n'en compte que six dans les premiers temps de son existence. M. Raspail a trouvé l'extrémité des six premières pattes munie de petites ventouses qui ont aussi été indiquées dans le dessin de Degeer. Une description exacte de cet insecte et de nouveaux dessins seront sans doute avant peu publiés par M. Renucci et M. Raspail. Indiquons maintenant la manière de découvrir l'acarus. Chez les sujets porteurs d'une gale récente, ou non encore traitée, si l'on examine avec attention, on voit à la base d'un assez grand nombre de vésicules un sillon qui se dirige en différens sens. Tantôt ce sillon monte vers le sommet de la vésicule, tantôt il le contourne; tantôt, et le plus souvent, partant de la base il se prolonge sur la peau environnante. A l'extrémité du sillon, le plus éloignée de la vésicule, on trouve d'ordinaire un point blanc visible à l'œil nu. Ce point blanc où l'épiderme est légèrement soulevé, correspond à la partie postérieure de l'insecte. Toutes les fois qu'on peut constater l'existence de ce point blanc, il est à peu près certain, d'après M. Renucci, qu'on y trouvera l'insecte. Il convient alors pour l'extraire de percer l'épiderme à l'aide d'une aiguille ou d'une épingle à une demi-ligne à peu près du point blanc en suivant la direction du sillon; et là, se dirigeant vers ce point, on renverse les petits lambeaux épidermiques de chaque côté du sillon, après quoi faisant passer la pointe de l'épingle ou de l'aiguille au dessous du point blanc, on soulève ainsi l'insecte qu'on aperçoit déjà et qui se détache faci ement du lieu dans lequel il était en quelque sorte niché. La seule difficulté de cette petite opération, consiste à diriger l'aiguille de manière à ne pas percer l'animalcule; mais avec un peu d'habitude on évite presque toujours cet accident; et maintenant grand nombre d'élèves de l'hôpital Saint-Louis opèrent cette extraction tout aussi bien que M. Renucci lui-même.

Reste maintenant à apprécier le rôle que joue l'acarus dans la gale. Est-il l'agent de la contagion, est-il cause ou effet, principe ou accident? Les expériences tentées par M. Lugol tendent à prouver que l'inoculation du fluide des vésicules de la gale ne détermine pas cette maladie. Un élève de l'hôpital Saint-Louis, M. Bras, a essayé ces jours derniers d'appliquer un certain nombre d'acarus vivans sur la partie interne d'un de ses avant-bras; et les y a maintenus. Quarante-huit heures après on voyait de petits points faiblement rougeâtres et légèrement saillans sur cette région, et d'assez vives démangeaisons avaient été ressenties. Nous rendrons compte plus tard du résultat de ces re-

cherches. La première question à résoudre était celle de savoir si l'acarus existait ou non : maintenant ce n'est plus une question mais un fait.

J.-C. SABATIER. D. M.

ACHROMA, VITILIGO.

M. Alibert ayant inséré dans la onzième livraison du *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales* une observation d'achroma fort intéressante, j'ai cru faire quelque chose d'utile en en rapportant une seconde.

Chargé de l'examen des jeunes soldats de la classe de 1832, un d'eux, André D***, de la commune du Bois (île de Ré), se présenta à moi et m'offrit un état de la peau qui me parut vraiment surprenant ainsi qu'à tous les membres du conseil de révision, et aux nombreux témoins que l'opération du recrutement avait réunis : ce jeune homme, d'une bonne constitution, taille moyenne, forces musculaires assez développées, offrait, répandues sur toute la surface cutanée, des taches plus ou moins grandes, de forme généralement circulaire, dont la couleur était d'un *blanc mat* qui tranchait de la manière la plus frappante avec le fond de la peau qui était d'un brun jaunâtre très prononcé. Ces taches étaient si multipliées qu'en somme, elles occupaient presque la moitié de toute la surface cutanée et produisaient par leur entremêlement avec la couleur brune l'aspect de la peau du tigre, ou mieux encore du chien danois.

Considérées avec attention, chacune des taches ne présentait pas une couleur blanche également mate ; quelques unes d'entre elles étaient d'une nuance jaunâtre, se rapprochant davantage de la couleur naturelle de la peau, et semblaient intermédiaires entre les deux couleurs blanche et brune. Cette circonstance attira, de ma part, la question de savoir si les taches subsistaient toujours à la même place. Et j'appris qu'elles variaient quelquefois de position : toutefois chacune des taches tranchait subitement sur les bords.

Le système pileux était également développé et sur la peau et sur les taches ; sur ces dernières on voyait çà et là quelques poils blancs.

Les régions de la peau exposées à l'air et à la lumière n'étaient point atteintes : ainsi pas de taches aux mains, à la face, au cou, tandis que le dos, les épaules, la poitrine, le ventre, les cuisses étaient tous marquetés ; une ceinture blanche va des parties génitales aux vertèbres lombaires en passant par les aines, les hanches et les flancs.

La voix de ce jeune homme est tout à fait féminine, ses organes génitaux sont cependant bien développés.

Cette anomalie dans la sécrétion pigmentaire est-elle ou n'est-elle pas une maladie ? Le jeune homme qui nous en fournit un exemple n'en est nullement incommodé. A quelles causes doit-on l'attribuer ? Est-elle plus commune chez les créoles que sur les blancs ou les nègres ? Nous avons rapporté un fait, le seul qui ait jusqu'ici été soumis à notre observation parmi des milliers de jeunes gens que nous avons eu à visiter, et nous laissons à d'autres, qui s'occupent spécialement des fonctions et des maladies de la peau, à en tirer des conclusions.

SAUVÉ, Dr M. P., *aide-major à l'hôpital militaire de La Rochelle.*

OBSERVATION DE LÉTHARGIE.

Une fille B....., de Thorigny, fut forcée par ses parens de se marier fort jeune et contre son gré. Elle épousa un homme qui usa envers elle de procédés barbares. Forcée de quitter son ménage afin d'éviter les mauvais traitemens de son mari, elle se vit dans la nécessité de travailler pour gagner sa vie. Dès-lors, elle manqua souvent du nécessaire : les chagrins, l'ennui l'assiégèrent et la plongèrent dans un état de désespoir difficile à décrire. Elle devint rêveuse, taciturne et sujette à des mouvemens convulsifs qui tourmentaient horriblement son existence. Plus tard, des accès d'hystérie se déclarèrent avec la plus grande violence et elle demeura parfois deux et même trois jours, en ne donnant quelques signes de connaissance que dans des intervalles très courts ; l'œil était entr'ouvert, la face rouge, le cou gonflé, le ventre tendu et très gros ; la malade semblait toujours avaler, et tout à coup les bras se tordaient, des mouvemens convulsifs effrayans duraient de dix minutes à un quart d'heure ; elle retombait alors dans un affaissement dont rien ne pouvait la retirer. Des saignées abondantes et multipliées produisirent un bon effet, et ce fut le moyen qui me présenta le plus d'avantage.

Ces accès revenaient tous les quinze jours, depuis deux ans, lorsqu'elle s'alita de nouveau. Elle était alors âgée de vingt-cinq ans. Sa maladie me parut fort grave, et le vingt-huitième jour, on vint m'annoncer qu'elle était morte pendant la nuit. J'en fus d'autant plus surpris que la veille le danger ne m'avait pas semblé si imminent... Afin de m'assurer de la vérité, je me rendis au domicile de cette fille, dans l'après midi, et je lui trouvai la face recouverte d'un drap que sa garde lui avait mis. La face était pâle, les lèvres décolorées ; mais ses traits n'étaient pas trop altérés. Elle avait la bouche béante, les yeux fermés, les pupilles très dilatées et nullement impressionnables à la lumière d'une bougie. Nul indice de circulation ni de respiration ; chaleur du corps peu sensible au toucher, mais la peau n'était ni glacée ni flasque comme celle d'un cadavre.

Je voulus revoir cette fille le lendemain matin avant qu'on l'ensevelît, et les expériences de la veille que je renouvelai ne produisirent aucun résultat..., rien qui pût annoncer de la sensibilité, seulement la peau ne s'était point refroidie : et je résolus de ne laisser enterrer cette femme qu'au moment où la putréfaction se serait emparée du cadavre. Je continuai de l'observer, et le cinquième jour la garde me rapporta qu'elle avait cru apercevoir un léger mouvement aux couvertures du lit. Deux heures plus tard, le bras se contracta, les mouvemens se prononcèrent, et je fus assuré que la mort n'avait été qu'apparente ; enfin les yeux se rouvrirent, la connaissance revint et la malade se rétablit entièrement.

Voilà un fait bien extraordinaire, mais in-

contestable. La personne existe, elle n'a plus eu d'accès d'hystérie, et au moment où j'écris, elle est en service chez M. le curé de Thorigny.

A. Collin,

Docteur-médecin, à St-Pierre-Eglise, près Cherbourg.

EMPOISONNEMENT PAR LA DÉCOCTION D'ATROPA BELLADONA EN LAVEMENT.

Dans la livraison de janvier de ce Journal, j'ai lu avec un vif intérêt la relation d'un empoisonnement par la belladone.

J'ai l'honneur de vous adresser l'observation d'un autre empoisonnement produit par la décoction de cette plante, administrée en clystère.

M. Estivant, ancien avocat, âgé de soixante-cinq ans environ, a toujours joui d'une assez bonne santé jusqu'en 1832, qu'il a été saisi d'une névralgie des nerfs sus et sous-orbitaires du côté gauche, de laquelle il a guéri à deux reprises, qui ont eu entre elles huit à dix mois d'intervalle. A la fin de 1833, dans le courant de l'automne, il en avait été saisi de nouveau avec une intensité extrême, lorsque, après avoir inutilement employé la plupart des moyens qui ont réussi en pareil cas, le 1er février 1834, le malade se trouvant dans un état tel que le moindre mouvement de la lèvre supérieure provoquait un accès accompagné d'une excessive souffrance, je crus devoir tenter la cure de cette cruelle affection, par la voie des narcotiques en clystères; et le même jour, trois heures après son léger dîner, il prit un lavement d'un demi-gros de belladone qu'on avait soumis à l'ébullition pendant douze à quinze minutes dans huit onces d'eau.

Immédiatement après l'avoir reçu, il se sentit serré à la gorge et pressentit que ce nouveau moyen ne lui réussirait pas; il se mit à une table de jeu pour y faire une partie d'habitude, mais bientôt la face se colora; un sentiment désagréable se fit remarquer au palais, à la gorge; les jambes s'agitèrent de temps en temps de mouvemens involontaires; du désordre se manifesta dans les idées; la langue s'embarrassa, et M. Estivant, obligé de discontinuer sa partie ne put plus se rendre qu'avec peine et en chancelant, au fauteuil le plus voisin.

Il était cinq heures, et c'était à trois que le clystère avait été donné. — On vint me prévenir du fâcheux changement qui s'était si soudainement opéré. J'accourus près du malade que je trouvai assis, balbutiant quelques mots dépourvus de sens: il était aussi inhabile à rendre compte de ce qu'il éprouvait qu'incapable d'exécuter aucun mouvement volontaire, et tandis que les membres pelviens étaient plongés dans une sorte de paraplégie, les membres thoraciques, au contraire, étaient dans un état de spasme et de tremblement qui ne lui permettait pas de saisir un verre et de le porter à sa bouche: en outre, celle-ci était béante et la physionomie sans expression; l'aphonie était presque complète; la respiration naturelle; la peau universellement chaude; le pouls plein, fort et fréquent: il m'offrit en un mot l'image assez ressemblante d'un homme qui vient d'être inopinément frappé d'apoplexie. Eclairé que j'étais par les circonstances qui avaient précédé, et présumant d'ailleurs que le fâcheux état où se trouvait M. E..... signalait moins les prodrômes d'une attaque imminente d'apoplexie qu'un état de narcotisme résultant d'un remède en désharmonie avec l'idiosyncrasie de l'individu, je crus devoir donner la préférence d'abord aux moyens propres à faire évacuer le poison, et ensuite à ceux qui étaient susceptibles d'en enrayer l'action, sauf à saigner ultérieurement.

Un premier clystère tenant en dissolution une demi-once de sulfate de soude et un grain de tartrate antimonié de potasse fut donné et rendu à mesure qu'il pénétrait dans le rectum. D'autre part, on administra de temps en temps quelques gorgées d'un sirop de groseilles qu'on avait rendu plus acide en y ajoutant quelques gouttes d'acide acétique: mais, durant les premières heures, cette tisane n'atteignit guère mieux sa destination que le lavement n'avait fait: la bouche se remplissait, et, arrivée au pharynx, la boisson rencontrait un obstacle qu'une faible partie seulement surmontait, le surplus s'écoulait par les commissures des lèvres. Du reste, la physionomie, de stupide qu'elle était d'abord, devint bientôt gaie, sans toutefois qu'il y eût moins d'incohérence dans les idées. Mussitation, carphologie. — Dans la soirée, on donne encore deux lavemens purgatifs qui sont immédiatement rendus.

Dans la vue de solliciter l'évacuation de la décoction narcotique, j'introduisis jusque vers l'S du colon une bougie en gomme élastique du plus gros calibre, par laquelle s'échappèrent quelques mucosités et trois petits grumeaux verdâtres, portion non absorbée du lavement de belladone. A onze heures et demie, survint un vomissement de matières alimentaires abondantes et de la boisson ingérée: dès lors la voix commença à se rétablir, les membres inférieurs recouvrèrent une partie de la contractilité qu'ils avaient perdue et la déglutition se fit avec assez d'aisance.

Le 2. — A une heure du matin un second vomissement eut lieu, et dans le reste de la nuit la contractilité musculaire, d'abord presque abolie, se rétablit si bien, que le malade serait sorti vingt fois de son lit, si son domestique qui veillait au chevet ne l'en eût empêché: du reste, dans les intervalles point de *sommeil*, point d'*urine*.

A sept heures, la voix et la parole sont parfaitement rétablies; les facultés intellectuelles aussi ont gagné quelque chose, car M. E..... me reconnaît et me salue par mon nom. Cependant la loquacité et la divagation d'idées persistent encore, mais un à moindre degré.

Vers dix heures, le malade rend, pour la première fois depuis l'accident, environ un verre d'une urine limpide et citronée; il saisit *lui-même son écuelle à bec et boit à longs traits son sirop acidulé.*

Nouvelle évacuation d'urine à midi la loquacité délirante revait accompagnée d'une teinte de gaîté; le pouls reprend de l'élévation et de la force; toutefois *les accès névralgiques sont très rares et sans intensité, tandis que la veille, jusqu'au moment où le clystère de belladone a été administré, il en éprouvait, comme il a été dit, de très fréquens, excessivement douloureux, en même temps qu'il restait dans*

l'imminence continuelle d'en essuyer de nouveaux. On lève le malade pour lui donner encore un lavement, mais au grand étonnement des personnes qui l'avaient vu dans la matinée, il est redevenu inerte et ne peut plus, encore une fois, se tenir sur ses jambes.

Il est quatre heures, et le délire continue. Le malade parle de mouches qu'il croit constamment chasser de devant ses yeux. Le pouls étant devenu encore plus fréquent et plus fort, je fis une large saignée par laquelle je tirai vingt-deux onces de sang vermeil.

Avant six heures, le malade exprime le désir de se lever pour uriner, mais au lieu de ce qui s'était passé précédemment, il se tient ferme sur ses jambes; on veut en profiter pour lui faire prendre un clystère, et à cette occasion il donne aux assistans une scène de délire, à la vérité, mais qui aurait été digne du pinceau de Molière (1).

Le pouls étant presque aussi plein et aussi résistant à sept heures, j'ouvre de nouveau la veine et j'en extrais quatorze onces de sang qui n'est plus rouge comme le premier, mais noir et épais; les pupilles restent dilatées, immobiles; et à neuf heures, pour la première fois depuis plus de quarante-huit heures, il s'endort d'un *sommeil tranquille jusqu'à onze heures.*

Le 3. — Sommeil paisible de minuit jusqu'au matin; idées tout à fait lucides; parole moins rapide, pupilles moins dilatées et contractiles sous l'influence de la lumière; céphalalgie nulle; abdomen un peu tendu, indolore excepté à l'hypogastre où la tumeur vésicale s'observe toujours; écoulement involontaire de l'urine goutte à goutte et sans douleur. — (Demi-bain, fomentations émollientes sur l'hypogastre, boisson continuée.) — Sommeil tranquille, et au réveil, garde-robe spontanée, le pouls dans l'état naturel, *accès de névralgie* à l'occasion d'un effort pour expectorer.

Dans la nuit du 4, fréquens besoins d'uriner, mais peu à la fois.

Le 5. — Tête très libre, marche assurée, point d'autre trace *de la névralgie qu'une douleur sourde, permanente, dans un filet du sus-orbitaire le long du sourcil.*

Les fonctions des reins et de la vessie se sont depuis parfaitement rétablies, mais peu à peu aussi, *les accès de névralgie faciale se sont rétablis.*

N'est-il pas vraisemblable que si le clystère n'avait eu qu'un effet modéré qui eût permis de revenir à son usage, on aurait pu espérer de faire cesser, sous son influence, les accès de névralgie faciale auxquels M. E..... est si douloureusement en proie? C'est toutefois une médication qu'il est permis de tenter, même avec espoir de succès. Mais quoique dans ce cas particulier elle n'eût été administrée qu'à trente-six grains, il conviendrait cependant de commencer par une moindre dose encore, surtout si le sujet avait le système nerveux très susceptible d'irritation.

CHAVANE, *D. M. P., médecin à l'hospice de Mirecourt* (Vosges.)

(1) M. E..... ayant reçu son lavement la tête penchée sur son lit se relève brusquement, prend un air grave et même courroucé et saisissant son domestique au collet il le fait asseoir malgré lui sur la chaise percée où il le tient en pressant fortement avec une de ses mains sur ses épaules. Il réclama l'autorité de mon ministère et ordonna à son domestique assis sur la chaise, de rendre le lavement qu'il avait reçu tout à l'heure, soutenant que cette évacuation lui serait très salutaire, car, disait-il, cet homme est malade et ne veut pas en convenir.

VACCINE DÉVELOPPÉE CHEZ DES PERSONNES INOCULÉES.

Mon cher confrère,

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de secondes vaccinations bien constatées chez des personnes qui portaient des cicatrices reconnues pour être le résultat de bonne vaccine; mais jusqu'à présent, je n'ai pas entendu parler qu'on ait essayé de vacciner des personnes primitivement inoculées. Une tentative de ce genre que j'ai faite, m'a parfaitement réussi et je m'empresse de vous la communiquer.

Madame B*** est âgée de cinquante ans, elle a été vaccinée à l'âge de seize ans, elle porte à chaque bras trois cicatrices gaufrées, rayonnées du centre à sa circonférence, et qui sont évidemment dues à une bonne vaccine.

Au mois de juin dernier, Madame B***, plutôt par curiosité que par un sentiment de crainte, voulut être revaccinée. J'accédai à son désir, et au troisième jour parurent des boutons qui ont suivi la marche régulière de la vaccine vraie. Les croûtes ont tombé au dix-neuvième jour et ont laissé voir des cicatrices qui, comme les anciennes, offrent les caractères de la bonne vaccine.

M. B*** son mari a été inoculé il y a quarante ans, étonné de cette revaccination régulière, il me demanda si je pensais que l'inoculation eût plus de vertu préservative que la vaccine. Sur ma réponse tout à fait incertaine il désira être vacciné. Au huitième jour, je pris du vaccin sur l'un des boutons de Madame B*** sa femme, et je fis trois piqûres à chaque bras.

La vaccine s'est développée régulièrement, les croûtes se sont détachées au vingt-troisième jour, et ont laissé voir des cicatrices bien caractéristiques de la bonne vaccine.

M. B*** était-il du petit nombre de malades chez lesquels on a vu deux fois la variole se développer? Cette vaccination le préservera-t-elle de tout accident à venir? Je l'espère et ne regrette point de l'avoir vacciné; car malgré la confiance que l'immense majorité des médecins accorde à la vaccine, il faut enregistrer les faits qui peuvent faire douter de sa vertu préservatrice.

Voici à ce sujet ce que j'ai observé l'année dernière, salle Saint-Bernard, à l'époque où j'étais chargé de ce service. Un jeune homme de vingt-quatre ans fut reçu à l'Hôtel-Dieu, se plaignant d'une céphalalgie très intense accompagnée d'une courbature générale et de fièvre. Il régnait à cette époque beaucoup de varioles; l'examen du malade nous fit reconnaître qu'il avait été vacciné; il portait sept cicatrices; mais il nous assura de plus qu'il avait eu la petite vérole. En effet, il avait à la lèvre supérieure une marque qui prouvait la vérité de son assertion, et qui parut convaincre, comme moi, plusieurs personnes présentes à la visite. Trois

jours après, ce jeune homme était couvert d'une éruption dont le caractère fut bientôt éclairci, et il mourut au douzième jour d'une variole confluente.

Si vous pensez que cette note puisse intéresser vos lecteurs, veuillez l'insérer dans votre estimable journal, et recevez l'assurance de mes sentimens d'estime et d'amitié.

B. Horteloup, *Médecin des hôpitaux.*

DU TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES PAR L'APPLICATION LOCALE DES MERCURIAUX.

Messieurs,

J'ai lu dans votre numéro de janvier 1834, un article de M. le docteur Ricord, dans lequel il est dit que M. Renaud, médecin et professeur distingué de Toulon, a récemment proposé, dans un travail présenté à l'Académie de Médecine, l'emploi du vésicatoire dans presque tous les cas de bubons; et, dès le lendemain, le pansement avec de la charpie imbibée d'une solution de deuto-chlorure de mercure : vingt grains pour une once d'eau.

Il y a long-temps, Messieurs, que j'ai imaginé et que j'emploie cette méthode. M. Reynaud le reconnaît volontiers lui-même (1).

« Du traitement des maladies vénériennes « par l'application du deuto-chlorure de mer- « cure, en dissolution, sur les tissus affectés « primitivement ou consécutivement. »

Tel est le titre d'un Mémoire que je lus au commencement de 1832, à plusieurs des honorables membres de l'Académie de Médecine.

Des fragmens de mon Mémoire ont été insérés dans les *Archives Générales de Médecine*, numéro de mars 1832, page 337; et, à la même époque, il a été remis manuscrit à MM. les membres du Conseil de Santé des armées, qui l'ont fait imprimer, également en partie, dans le *Recueil des Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, seulement dans le deuxième semestre de 1833, tom. 35, page 304.

Vous pouvez, Messieurs, en ouvrant ces deux ouvrages vous convaincre de la valeur de cette assertion.

Ma méthode de traiter en général toutes les maladies vénériennes primitives, consiste à fixer le principe morbifique, à le saturer dans le lieu même où il a signalé sa présence; et secondairement à administrer des sudorifiques dépuratifs, afin de maintenir le mal à la périphérie, de le repousser au dehors, et s'opposer ainsi à une infection consécutive. Du reste, point de mercure à l'intérieur, à moins que l'affection, négligée d'abord ou inhabilement combattue, n'ait envahi l'économie entière. Encore, l'application directe est-elle ici de la plus complète efficacité sur tous les points apparens de la maladie (2).

Il est donc presque toujours inutile, pour la guérison des maladies vénériennes, d'introduire le mercure dans le cours de la circulation; il suffit d'atteindre directement le symptôme avec le spécifique.

(1) Voir au commencement de ce numéro, le travail intéressant de M. Reynaud, dans lequel ce praticien recommandable se plaît à reconnaître la priorité de M. Malapert.

(2) Le temps nous apprendra si elle pourra suffire.

Cette méthode, il ne m'appartient pas de la louer; mais je dois le dire, chaque jour m'apprend à l'apprécier davantage. J'ai une foule de nouvelles observations qui m'en confirment toute la valeur.

Je compte nombre de cures, tout aussi promptes et aussi solides que les autres, sans le secours des sudorifiques; mais je regarde comme plus complet le traitement qui les comprend. Dans la saison des chaleurs et dans les climats méridionaux, on pourrait plus particulièrement s'en passer, en ayant le soin d'éviter de s'exposer à l'abaissement de température qui suit le coucher du soleil.

Maintenant que des tentatives hardies, mais infructueuses, ont prouvé plus que jamais que l'on ne pouvait guérir les affections syphilitiques sans mercure, n'est-il pas de quelque avantage le mode de traitement qui dispense tout à la fois d'employer ce médicament à l'intérieur et en friction; et qui évite par là une foule de dégoûts et parfois l'altération de la santé, qui résultait autant de la secousse du traitement que du passage de la maladie.

En un mot, puisque le mercure est indispensable, donnons la préférence au genre d'application qui lui conserve tous ses avantages et prévient ses dangers. Joignez ici, dans les cas d'ulcères et de bubons, le précieux résultat d'avoir des cicatrices à fleur de peau, à peine apparentes lorsque la rougeur primitive a disparu.

J'ai parlé ailleurs de la douleur occasionée par l'application du deuto-chlorure de mercure en dissolution. Cette douleur est toujours en raison directe des portions de nerfs mises à découvert par la perte de substance. Presque nulle durant tout le traitement des ulcères pris à leur naissance; elle est assez vive aux premières applications, quand le traitement est commencé, seulement alors que déjà existe une grande déperdition. Du reste, elle ne dure que quelques minutes et l'immersion dans l'eau l'apaise.

Le vésicatoire que j'applique sur tout bubon enflammé ou indolent, n'a que la grandeur d'une pièce d'un franc. L'épiderme enlevé, le contact d'un plumasseau imbibé de la dissolution de sublimé est assez douloureux, surtout la première fois. Ensuite, cataplasme qui recouvre la charpie et toute la tumeur. Au bout de quelques jours se forme une escharre qui bientôt se détache; une transsudation sanieuse s'établit et le bubon s'affaisse et disparaît très promptement.

J'ai l'honneur de prier ceux des honorables praticiens qui sentent comme moi la nécessité actuelle de fixer l'opinion médicale sur le meilleur mode de traitement anti-syphilitique à adopter, de mettre à l'essai la méthode que je propose; ils ne tarderont pas, j'espère, à être convaincus de son efficacité.

En attendant, je réclame de votre obligeance et de votre impartialité l'insertion de ma lettre dans une de vos prochaines livraisons.

Je suis, avec la plus parfaite considération,

Votre très humble serviteur,
et confrère, Malapert,
D. M., *chirurgien-major au 12e de chasseurs à cheval.*

Carcassonne, 5 avril 1834.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

EXAMEN DE L'EXAMEN DE M. BROUSSAIS, RELATIVEMENT A LA PHTHISIE ET A L'AFFECTION TYPHOÏDE, par M. LOUIS.

Cette brochure, comme son titre l'indique, est une réponse à la critique des travaux de M. Louis, faite par M. Broussais dans le quatrième volume de l'*Examen des doctrines médicales* (1). Nous l'avons lue avec intérêt, et nous engageons nos lecteurs à en prendre connaissance. Il y a dans les explications données par le célèbre anatomo-pathologiste, ainsi que dans ses ouvrages, de quoi s'instruire.

M. Louis, travailleur patient et opiniâtre, savant de détails, homme de *recherches*, paraît dans cette discussion avec ses qualités et ses défauts, avec les avantages et avec les inconvéniens de sa méthode. Il prouve, en effet, que M. Broussais, dominé par son imagination systématique, et entraîné par son ardeur de généralisation physiologique, ignore, ou bien oublie, beaucoup de faits très réels, ou se fâche brutalement contre des choses qu'il faut pourtant admettre, qu'elles soient ou non explicables. Mais, à la moindre profession de foi philosophique ou médicale, c'est toujours la même horreur de toute théorie, de toute logique, de tout esprit d'analogie : et, à la place de cela, quoi ? la statistique et l'analyse ; la statistique, cette science toute nouvelle qui ne peut pas plus constituer l'art du médecin que la science de l'homme d'Etat, quoiqu'elle fournisse à l'un et à l'autre sans doute des documens essentiels ; l'analyse, cette précieuse méthode dont on nous a tant rebattu les oreilles depuis Condillac et Pinel, et au moyen de laquelle on est arrivé aux résultats les plus contraires avec une égale bonne foi.

Nous convenons avec un véritable plaisir, ainsi que nous l'avons déjà fait en rendant compte de l'ouvrage de M. Broussais, que M. Louis a fort souvent raison contre son adversaire sur les faits de détail, et se justifie sur beaucoup de choses que celui-ci lui fait dire et qu'il n'a point dites. Nous nous contenterons d'indiquer ici les principaux points de la discussion.

Dans le chapitre Ier, relatif à la phthisie, M. Louis insiste sur les ulcérations de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère qu'il n'a rencontrées, dans le cours des affections chroniques, que chez les phthisiques, toutes les fois que les malades n'étaient point soumis à l'infection vénérienne, cause spéciale d'ulcération ; sur l'état gras du foie, qu'il n'a observé presque que chez les phthysiques ; sur l'hypertrophie du cœur, qui, contre le dire de M. Broussais, ne lui a pas paru une cause de tubercules, puisque sur quarante-quatre sujets affectés de cette maladie trois seulement avaient des tubercules dans les poumons, proportion inférieure à celle que donnent les sujets de tout âge qui ont succombé à une maladie quelconque ; sur les tubercules mésentériques que M. Louis n'a jamais rencontrés, passé l'âge de quinze ans, que chez les individus qui avaient en même temps des tubercules dans les poumons ; sur l'hémoptysie qui annonce d'une manière non certaine, mais très probable l'existence des tubercules pulmonaires ; enfin sur les phthisies latentes dont M. Broussais n'admet pas l'existence, et sur les phthisies aiguës que M. Broussais considère comme des phthisies chroniques.

Dans le chapitre II, l'auteur établit, tant par l'anatomie pathologique que par les symptômes, la spécialité de l'affection typhoïde, et distingue de la manière la plus tranchée cette maladie de l'entérite simple. Un tableau à deux colonnes, mettant en regard les symptômes de l'une et de l'autre, en fait très bien ressortir les différences. Arrive à la fin l'article du traitement, où M. Louis fait facilement justice des boutades anti-phlogistiques et anti-toniques de M. Broussais ; mais où, passé cela, ce qu'il établit nous paraît plus faible : car, c'est surtout ici qu'échouent les chiffres. En anatomie beaucoup de choses se peuvent compter ; en médecine peu de choses le peuvent, à cause des dispositions individuelles si variées et des constitutions médicales si diverses, à cause des mille petites circonstances qui changent complètement la maladie, quoiqu'elle garde le même nom.

(1) Voy. la 9e livraison de la 1ere année, pag. 274.

—

DE LA CONTAGION DU CHOLÉRA-MORBUS DE L'INDE ; par le docteur F. BILLEREY, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Grenoble, professeur de médecine clinique à l'école de médecine de la même ville, etc.

Si l'ouvrage de M. le docteur Billerey ne contenait qu'une description du choléra épidémique, ou ne faisait que rappeler ce qui a été dit de mille façons sur cette maladie ; nous hésiterions peut-être à en parler, mais le point de vue de généralité duquel le professeur de Grenoble a envisagé son sujet, nous engage à recommander ce livre à l'attention de nos lecteurs.

M. Billerey expose d'une manière lucide les distinctions indiquées par la saine observation entre les maladies épidémiques, endémiques et contagieuses : il examine les modes divers de contagion dont sont susceptibles quelques maladies, telles que la gale, la syphilis, la variole, la rougeole, la peste, la fièvre jaune, le choléra asiatique, etc., montre que, dans ces différences, le fait de la contagion demande à être constaté par des voies différentes. Pour lui, le choléra n'est autre chose qu'une maladie endémique née sur les bords du Gange et apportée dans nos climats par les relations commerciales et politiques des peuples ; comme la peste orientale, produite par les débordemens du Nil, a envahi tout l'Orient et l'Europe même, quand on ne lui a pas opposé une barrière ; comme la fièvre jaune, après avoir pris naissance à l'embouchure du Zaïre, de la Gambie et du Sénégal, a passé sur les côtes de la Guinée et de là en Amérique. C'est, d'une part, pour avoir méconnu ce mode

de propagation ; d'autre part, pour avoir trop concentré son attention sur l'anatomie pathologique, et n'avoir souvent vu dans le choléra qu'une gastro-entérite, que, suivant M. Billerey, la thérapeutique de cette maladie a fait si peu de progrès depuis l'Inde jusqu'à nous. Ici, nous trouvons sur la valeur de l'anatomie pathologique en médecine et sur la médecine physiologique des remarques qui nous paraissent dictées par un bon esprit philosophique et par beaucoup de bon sens pratique.

Une grande partie de ce livre est consacrée à renverser les argumens des anti-contagionistes, à établir les preuves de la contagion du choléra, et à donner une idée de la manière dont on doit établir les preuves de la contagion d'une maladie en général. Nous n'irions sans doute pas aussi loin que M. Billerey, et nous n'admettrions pas la nature exclusivement contagieuse du mal asiatique, mais nous tomberions d'accord avec lui sur beaucoup de points et nous conviendrions de la justesse et de la netteté avec laquelle il découvre le faible du plus grand nombre des anti-contagionistes.

M. Billerey considère l'humidité de l'air comme la condition la plus favorable au développement des contagions morbifiques, et propose comme moyen désinfectant les fumigations faites avec les gaz hygrométriques tels que le gaz hydrochlorique et surtout le gaz nitrique.

Nous renvoyons à l'ouvrage pour toutes les notions de pathologie générale sur les constitutions médicales, les épidémies, les endémies, les contagions ; notions aujourd'hui si vagues et si confuses dans un grand nombre d'esprits, et auxquelles nous remercions M. Billerey de nous avoir rappelés par cette œuvre consciencieuse et honorable. HENRI GOURAUD.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE.

(Juillet 1834.)

Les articles originaux de la *Gazette médicale* de juillet sont : 1° un *Mémoire sur l'emploi des mercuriaux dans le traitement de certaines affections chroniques des articulations*, par M. Bonnardel, docteur médecin ; 2° une *Note de* M. Littré, *sur les bruits du cœur;* 3° une *Note de* M. Mistler, *sur une épidémie de fièvre typhoïde dans le Bas-Rhin ;* 4° un *Mémoire sur la divulsion traumatique des épiphyses*, par M. Rognetta, travail non achevé ; 5° une *Lettre sur les améliorations à introduire dans les maisons centrales de détention*, par M. Lucas ; 6° des *Recherches et expériences sur les métastases laiteuses*, par M. A. Boyer.

De l'emploi des mercuriaux contre certaines affections chroniques des articulations, par M. Bonnardel, D. M. P. — Ce Mémoire qui a servi de thèse inaugurale à son auteur, contient beaucoup de citations d'auteurs et plusieurs faits en faveur des mercuriaux dans les affections chroniques des articulations, et en particulier les affections goutteuses et rhumatismales. Celle de toutes les médications mercurielles qu'il préfère est l'administration des bains de sublimé, suivant la méthode du célèbre médecin allemand Wedekind et de MM. Récamier et Trousseau, à l'Hôtel-Dieu de Paris. Cette méthode a l'avantage de pousser loin l'action mercurielle sans provoquer la salivation. Le bain contient à peu près 1/2 once de sublimé préalablement dissous dans une suffisante quantité d'alcool et dans une livre d'eau. Wedekind ajoutait partie égale d'hydrochlorate d'ammoniaque. L'eau du bain doit être pure ; car si la solution était troublée par les sels qu'elle contient, le deuto-chlorure ne ferait qu'irriter la peau ou les surfaces ulcérées.

M. Bonnardel parle aussi des fumigations de cinabre (sulfure rouge de mercure), à la dose de 20 grains, 1 gros, 2 gros, pour une fumigation qui dure d'un quart d'heure à une demi-heure.

Lettre sur les améliorations à introduire dans les maisons centrales de détention, par M. Lucas, inspecteur général des prisons. — Dans cette lettre, M. Lucas examine plusieurs des moyens proposés par M. Ferrus, dans son rapport à l'Académie, pour l'amélioration des prisons.

Les principaux moyens indiqués par M. Ferrus sont ceux-ci : 1° prendre pour base du pain des détenus le pain des soldats. — Dans toutes les maisons centrales visitées par M. Lucas, le pain des détenus est d'une meilleure qualité que le pain de la troupe.

2° Donner de la viande quatre fois par semaine au lieu de deux, et accorder une ration de vin à tous les détenus, au moyen d'une retenue sur leurs gains. — Cette mesure qui aurait l'avantage de supprimer les cantines, a déjà été exécutée à la maison centrale d'Amiens.

3° Changer les vêtemens selon la température, et non à des époques déterminées administrativement. — En général, les administrations tiennent compte de la température et ne suivent point la règle à la lettre. Toutefois la généralité nécessaire de la mesure n'est pas sans inconvéniens : le meilleur remède à ces inconvéniens, c'est de faire comme à la maison centrale de Nîmes, de remplacer la toile par la *bourrette*, étoffe tissée avec des déchets de bourre et de coton.

4° Chauffer les chambres. — Les ateliers sont chauffés partout ; les dortoirs sont froids ; mais les nouveaux cahiers des charges prescrivent partout deux couvertures. Il faudrait que ces couvertures fussent de laine.

5° *Séparation des lits.* — Pour M. Lucas, toute l'hygiène et toute la morale des dortoirs est dans le système cellulaire des lits.

M. Lucas propose en outre, comme moyens puissans d'amélioration : 1° de diminuer la durée des détentions, ou d'en rendre le régime beaucoup moins sédentaire. Sous ce dernier rapport le plein air et le travail du bagne sont bien moins funestes que la détention. D'après ses calculs de mortalité, dix années d'emprisonnement et au delà équivalent à 6/7 d'une condamnation à mort pour les hommes, et à environ 3/4 pour les femmes.

2° Les détenus ne doivent pas être transportés dans un climat trop différent du leur.

3° Les mécaniques à laine, les tanneries, en général les industries sédentaires sont fâcheuses et devraient être rares. Tous les détenus qui vont et viennent se portent beaucoup mieux que les autres.

4° Le bas prix de la journée de travail, pour les petites douceurs que les détenus peuvent se donner, a une influence mauvaise sur leur santé. On devrait chercher à l'augmenter un peu.

5° La nature mixte des établissemens destinés aux deux sexes, et les dortoirs en commun, produisent, par l'excitation des passions et la facilité de la corruption, un mal incalculable.

6° L'influence de l'âge, du régime et du séjour des cachots est évidente.

En deux mots, tout ce qui peut consoler et moraliser le malheureux que la société a voulu séparer d'elle, doit fixer l'attention des législateurs : c'est dans le détail de ces choses qu'ils doivent s'appliquer à descendre.

Recherches et expériences sur les métastases laiteuses, par M. Boyer, D. M. — Les conclusions de ce Mémoire, un peu long, sont les suivantes :

1° Il existe des métastases laiteuses ;

2° On ne peut attribuer à la résorption du lait les maladies qui sévissent sur les femmes en couches ;

3° Cette métastase est, en effet, la complication et non la cause des inflammations organiques des jeunes accouchées ;

4° Les lochies putréfiées déterminent au contraire par leur absorption les désordres les plus graves ;

5° Elles se mélangent avec le sang, changent les propriétés chimiques et physiques de ce liquide, introduisent dans nos humeurs des principes septiques qui dénaturent les fluides et provoquent les altérations secondaires des solides ;

6° La plupart des phénomènes de la métro-péritonite typhoïde se rattachent aux effets pernicieux de l'absorption des vidanges putréfiées.

Les articles contenus dans la Correspondance Médicale sont : *Luxation scapulo-humérale, réduite par le procédé de M. Malgaigne*, par M. Bérard jeune ; *autopsie d'un homme mort quatre ans après la ligature de l'artère crurale*, par M. Sommé ; *congestion cérébrale des parties qui président à la mémoire, traitée par les évacuations sanguines*, par M. Francon, D. M. ; *observations cliniques recueillies par M. Voisin*, de Limoges ; *plaie pénétrante du thorax et de l'abdomen guérie avec hernie pulmonaire; tumeurs abdominales; plaie pénétrante de l'abdomen; sur le traitement de l'ophthalmie aiguë par l'opium à hautes doses*, par M. Berne, du Val-de-Grâce.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(Juillet 1834.)

Les articles originaux de ce mois sont : 1° un article de MM. G. Andral et Max. Simon *sur la nécessité de l'expérimentation clinique pure, comme moyen le plus sûr de faire avancer la thérapeutique ;* 2° de *l'emploi des frictions mercurielles dans la péritonite ;* 3° de *l'emploi du vésicatoire dans les maladies chirurgicales ;* 4° *sur une modification de la pince de M. Breschet pour le cirsocèle et le varicocèle* par M. Rognetta ; 5° de *l'emploi des vésicatoires dans les maladies de la peau*, par M. Cazenave ; 6° de *l'emploi des préparations d'or dans quelques maladies lymphatiques*, par le docteur A. T. Chrestien ; 7° *du sulfate de quinine contre quelques hémorrhagies intermittentes*, par M. Sandras ; 8° *des bons effets de l'iode, par la méthode endermique, dans l'hydropisie*, par M. Coster ; 9° *de la compression appliquée au traitement des hémorrhoïdes et des abcès de l'anus*, par M. Carron du Villards ; 10° une *correspondance médicale ;* 11° un *bulletin des hôpitaux ;* 12° *quelques notes de pharmacie.*

De l'emploi des frictions mercurielles dans la péritonite. — L'auteur de cet article rapporte une observation de péritonite aiguë, chez une jeune fille chlorotique de dix-sept ans, survenue à la suite d'une suppression de règles : la maladie fut évidemment agravée par une application de sangsues, et évidemment diminuée et guérie par les frictions mercurielles (℥j par jour) et le calomel (6 grains par jour). Vandenzande, médecin d'Anvers, a donné également l'histoire d'une fille de treize ans, prise de péritonite aiguë à la suite de suppression brusque d'une fièvre intermittente par le quinquina, qui fut guérie par le calomel uni à l'opium et les frictions mercurielles. C'est ici, comme on l'avait déjà noté, à l'apparition de la salivation que le mieux a paru décisif. La chlorose, dont la malade était antérieurement affectée, céda très bien au sous-carbonate de fer.

De l'emploi du vésicatoire dans les maladies chirurgicales. — Ce petit article donne surtout le résultat de quelques recherches faites à la Pitié, par M. Velpeau. Il est signé A. V., et comme dans un passage l'auteur parle de *ses salles*, M. Velpeau en est probablement l'auteur. Le vésicatoire, employé contre l'*érysipèle*, ne lui a paru avoir d'action [illegible] contre les inflammations diffuses qui tendent d'elles-mêmes à se circonscrire, mais point contre l'érysipèle simple et ambulant. — Appliqué cinq fois sur des membres affectés de *phlébite*, en même temps au dessus du point enflammé et au centre de l'inflammation, le vésicatoire a paru deux fois arrêter la marche de la maladie. — Dans la *gangrène sénile* ou *spontanée*, il n'a pu être jugé : car une de ces gangrènes, qui semblait d'abord avoir été limitée, ne tarda pas à continuer sa route et à entraîner le malade au tombeau. — Dans les *indurations* lymphatiques, comme les bubons et les engorgemens, suites de phlegmasies aiguës ou chroniques, ça été un puissant résolutif. — Enfin, l'auteur croit devoir recommander le vésicatoire APPLIQUÉ SUR L'OEIL dans les ophtalmies. Quoique cette idée soit venue de M. Physick de Philadelphie, tout ce qui résulte pour nous des faits cités ici, fort vaguement et fort incomplètement, c'est que le vésicatoire appliqué sur l'œil n'a pas fait autant de mal qu'on aurait pu s'y attendre. Avec ce principe, que quelquefois un médicament ne fait pas autant de mal qu'on croirait, on ira loin !

D'une modification de la pince de M. Breschet pour le cirsocèle et le varicocèle, par M. Rognetta. — Cette modification à la pince de

M. Breschet (Voir notre 7e livraison) consiste en un petit piston à coulisses que M. Charrière, fabriquant d'instrumens, a fait glisser entre les branches des pinces qui servent à la compression des vaisseaux, de manière que ceux-ci se trouvent pris entre trois points de compression au lieu de deux.

De l'emploi du vésicatoire dans les maladies de la peau, par M. Casenave. — Le but de cet article est de montrer que le vésicatoire, comme exutoire, et, en cette qualité, appliqué plus ou moins loin des parties affectées, est inutile ou suivi d'effets fâcheux; et que, comme modificateur de la partie malade elle-même, et appliqué sur le siége du mal, c'est souvent un moyen très actif et très salutaire.

Il est, en effet, commun de voir les vésicatoires, placés comme exutoires, devenir le siége d'éruptions semblables à celles qu'ils étaient destinés à combattre, ou le centre d'une irritation qui peu à peu gagne et envahit la partie malade pour en agraver d'autant l'état : ainsi des vésicatoires placés aux bras pour des *eczema* et des *impetigo* du cuir chevelu. M. Biett montre souvent dans ses salles des *eczema* et des *impetigo* qui ne sont entretenus que par la présence des vésicatoires. Ne voit-on pas bien souvent le pourtour des vésicatoires être le premier siége de l'éruption variolique, et leur surface se couvrir de plaques diphthéritiques dans la diphthérite?

D'une autre part, depuis qu'Ambroise Paré, ayant à traiter une demoiselle pour une couperose (*acne rosacea*) lui appliqua avec tant de succès un vésicatoire sur le visage, la même médication a été employée heureusement contre plusieurs maladies chroniques de la peau, particulièrement contre le *sycosis*, l'*acne*, quelques formes de *pithyriasis*, de *lichen*, etc.

De l'emploi des préparations d'or dans le traitement de quelques maladies lymphatiques, par M. A. T. Chrestien. — Un jeune homme de dix-huit ans, de l'Aveyron, affecté depuis un an d'*éléphant avis des Grecs*, la face couverte de tumeurs pédiculées ou non, rouges, dures; le voile du palais parsemé de tumeurs semblables et d'ulcérations, et les cuisses de pustules; les yeux très sensibles, les sourcils dégarnis, la voix rauque, etc., fut soumis au traitement d'oxide d'or. Les tubercules s'enflammèrent, fournirent du pus, s'affaissèrent, se flétrirent. Au bout de trois mois et demi, le malade était en voie de guérison, quand il sortit de l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. — Un enfant de dix ans, affecté du second degré de la *lèpre tuberculeuse*, était guéri au bout de deux ans de l'administration du chlorure d'or à l'intérieur et à l'extérieur : il faut ajouter qu'il était venu de la Martinique en France. — Un autre jeune homme, de quatorze ans, atteint du deuxième degré de la *lèpre blanche*, fut guéri au bout de dix-huit mois de l'administration de l'hydrochlorate d'or. Il était venu de la Guadeloupe en France. — La *lèpre à raies*, avec aménorrhée, d'une femme du harem du pacha des îles de Candie fut amendée par les frictions, sur la langue, d'un ducat de Venise pulvérisé.

Quoiqu'il paraisse difficile d'apprécier à leur juste valeur de pareils faits et d'autres semblables, M. A. T. Chrestien, sans être enthousiaste des préparations d'or, leur croit une efficacité réelle et puissante contre les maladies du système lymphatique. L'oxide d'or était employé en frictions sur la langue à la dose de 1/4—1/2 grain; l'hydrochlorate, mêlé à la poudre de lycopode, également en frictions sur la langue, à la dose de 1/14—1/8 de grain.

Le chlorure d'or et de sodium a été administré par M. Chrestien en frictions, sur la langue, à la dose de 1/6 et 1/7 de grain.

Efficacité du sulfate de quinine contre quelques hémorrhagies intermittentes, par M. Sandras. — M. Sandras cite une femme qui, dans le cours d'une maladie de poitrine, fut prise d'une hémoptysie revenant chaque nuit à la même heure avec une grande abondance; une autre personne, sujette aux congestions pulmonaires et aux crachemens de sang, ordinairement guérie par de petites saignées, chez laquelle une hémoptysie semblablement périodique résista tout à fait à ce moyen; enfin, un jeune homme chez lequel chaque jour, à la même heure, une épistaxis donnait des alarmes. Le sulfate de quinine arrêta court ces hémorrhagies. Le jeune homme fut complètement guéri : les deux autres malades restèrent avec leur affection de poitrine.

Bons effets de l'iode par la méthode endermique, dans quelques cas d'hydropisie générale et partielle, par M. Coster. Pour l'iode à l'intérieur, la formule de M. Coster était :

℞. Hydriodate de potasse. . gr. vj.
Iode. . . . . gr. iij.
Eau distillée. . . . . ℥ j.

Depuis 5 et 6 gouttes jusqu'à 15 dans un peu d'eau sucrée.

La pommade dont on pensait les vésicatoires était composée de

Hydriodate de potasse. ℥ ß.
Iode. . . . . gr. xv.
Axonge. . . . . ℥ j.

M. Coster cite les expériences suivantes pour preuve de la facilité avec laquelle se fait l'absorption de l'iode à travers les tissus organiques :

« Si on injecte dans la vessie d'un chien une dissolution d'amidon, et que, d'un autre côté, on injecte dans le rectum une dissolution d'iode, au bout de quelque temps, le liquide contenu dans la vessie de l'animal est coloré en bleu. Si on injecte dans le rectum une dissolution d'iode, en laissant la vessie dans l'état naturel, et que, plus tard, on fasse uriner l'animal dans une dissolution d'amidon, la coloration bleue s'y manifeste également. »

De la compression appliquée au traitement des hémorrhoïdes et de quelques petits abcès à la marge de l'anus, par M. Carron du Villards. — Réfléchissant aux faits rapportés par Desjardins, concernant Absyrte, vétérinaire grec, qui maintenait la matrice au moyen d'une vessie introduite dans le vagin et gonflée d'air; se souvenant que Nicolas de Blegny, dans son *Traité des hernies* (1676), recommandait l'introduction dans le rectum d'une vessie pleine d'air pour le réduire et le dilater; M. Carron du Villards propose ce moyen pour obtenir, par la compression, la résolution et la flétrissure des hémorrhoïdes, ou des tumeurs d'autre nature qui peuvent rétrécir et oblitérer le rectum, est le recollement des parois des petits abcès voi-

sins du rectum. — Une vessie d'agneau introduite dans l'intestin, et gonflée à volonté avec un soufflet ou un chalumeau, est étranglée en dehors de l'anus par des fils cirés que l'on passe à travers le trou central d'une bille de bois qui reste placée extérieurement, et sur laquelle on donne au fil, et conséquemment à la vessie, le degré de constriction voulu au moyen d'un petit garrot en bois. — M. Carron du Villards a plusieurs fois, dit-il, employé et vu employer ce moyen avec succès.

Dans la *Correspondance médicale*, M. le docteur Ouvrard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, recommande contre *le tic douloureux* la formule suivante, que le hasard lui a fait découvrir dans une pharmacopée anglaise et qui lui a fort bien réussi :

℞. Céruse. . . . . ℥ j.
Oxide blanc de plomb. Q. S.

pour sur-saturer la céruse. — On applique sur toute la partie douloureuse une couche d'une demi-ligne environ.

M. le docteur Rollande, de Château-Renard (Bouches-du-Rhône), rapporte, *sur l'emploi du coton écru dans le traitement des brûlures*, plusieurs faits qui ne nous paraissent pas concluans.

M. le docteur Mazade, d'Anduze (Gard), parle d'une *réduction de paraphimosis* qui n'a pu être faite *qu'à la suite de frictions avec l'extrait de belladone* (un demi-gros toutes les trois heures), mais qui, après la sixième friction, a été opérée avec la plus grande facilité.

M. Dezobry, de Mouchin (Nord), cite un cas de *réunion immédiate et de recollement d'un doigt entièrement divisé*. Il aurait dû dire *presque entièrement divisé; car le doigt était pendant et tenait à un mince lambeau de chair et de peau*. Ce fait n'en est pas moins intéressant. L'accident arriva le 8 avril 1834, la réunion du doigt, qui avait été maintenue avec des bandelettes de diachylon et des attelles de carton, et l'entière cicatrisation était effectuée le 11 mai.

Dans le *Bulletin des hôpitaux*, il est très brièvement question de quelques *pneumonies bilieuses* observées à l'hôpital des Enfans malades, et de quelques essais faits par M. Emery, à l'hôpital Saint-Louis, avec l'*hydrochlorate d'or et de soude dans les syphilides*. Quelques-uns de ces essais ont été heureux : le mode d'administration a consisté en frictions faites, chaque matin, sur la langue, aux doses de 1/12, 1/10, 1/8 de grain de ce sel.

REVUE MÉDICALE.

(*Juillet* 1834.)

Les articles originaux de ce cahier sont : 1° Un Mémoire de M. Sabatier, lu à la Société de Médecine, sur cette question : *Existe-t-il des cas de variole franche chez des individus bien vaccinés?* 2° Un Mémoire de M. le docteur Liégard, sur l'*Emploi des frictions mercurielles à haute dose dans les fièvres cérébrales*. 3° Des *Observations pratiques sur les divers traitemens de la pneumonie*, par le docteur Puntous, dont la suite est annoncée pour un prochain numéro.

Existe-t-il des cas de variole franche chez des individus bien vaccinés? — Voici les distinctions qu'établit M. Sabatier, pour résoudre la question qu'il s'est proposée : Des médecins inattentifs ou peu instruits ont confondu la variole soit avec la varicelle soit avec la varioloïde. Il n'était pourtant pas très difficile de remarquer les différences qui séparent ces deux dernières affections de la vraie variole. Et d'abord la varicelle, primitivement vésiculeuse, affection toujours légère, laissant après elle des lamelles croûteuses légères, parcourt ses périodes dans un septenaire. Quant à la varioloïde, elle n'est qu'une modification de la variole, modification fort distincte, en ce que, quelle que soit l'intensité de l'éruption, la marche de la maladie est rapide; tandis que, dans la variole, quelque légère que soit l'éruption, la marche de la maladie est longue. Ce qui a pu faire prendre des varioloïdes pour des varioles, c'est la confluence d'éruption qui se rencontre quelquefois chez les premières : mais ce qui doit garantir de l'erreur, c'est que, même dans ces cas, les symptômes généraux ne sont pas graves. M. Sabatier cite pour exemple le jeune malade, dont M. le professeur Bouillaud avait parlé à l'Académie, comme d'un sujet affecté d'une variole grave et prochainement mortelle, après vaccination. Chez ce malade, au neuvième jour de l'éruption, la dessiccation était complète, et les symptômes généraux n'ont jamais présenté qu'une fausse gravité.

Toutes ces causes d'erreur écartées, l'auteur du Mémoire conclut : Qu'on pourra rencontrer, après la vaccination légitime, des varioloïdes, mais non des varioles; que, conséquemment, la vaccine n'a point dégénéré, et que toutes les vaccinations qui suivraient une bonne première vaccination seraient inutiles.

2° Les faits rapportés par M. Liégard, sur l'emploi des frictions mercurielles dans les *fièvres cérébrales*, ne nous paraissent, il faut le dire, nullement concluans. Les deux premiers malades sont une fille de vingt-quatre ans et un enfant de neuf ans, chez lesquels il survint du délire pendant une vive attaque névralgique et au début, une fièvre catarrhale : ce délire ne fut pas dissipé, il est vrai, par les évacuations sanguines; mais comme il ne céda au mercure que deux jours après l'usage des frictions, cette action spécifique est on ne peut plus douteuse. Le troisième malade est un homme de soixante-six ans, pris de délire au début de ce que nous croyons une dothinentérie, avec quelques alternatives de calme, qui sont peut-être dues aux frictions mercurielles, et peut-être ne le sont pas. Une sueur très abondante couvrit tout le corps du malade qu'on ne put empêcher de mourir le sixième jour de l'invasion.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

JOURNAL DE HUFELAND.

(*Mai* 1834.)

Expériences sur l'efficacité du i *contre l'épilepsie;* par le docteur Siedler, à Schœnebeck. — Les observations que rapporte M. Siedler font partie d'un Mémoire dont les pre-

miers paragraphes ont été publiés dans un numéro précédent de ce journal; elles sont au nombre de trois. Dans la première, il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, d'une stature colossale, d'un tempérament bilieux, qui, après s'être tiré heureusement des diverses maladies de l'enfance, arriva en bonne santé à l'âge de vingt-deux ans. Alors il fut pris de convulsions périodiques et peu douloureuses du bras droit, dont la durée ne dépassait pas d'abord quelques minutes, mais qui, d'année en année, devinrent plus fréquentes et finirent par envahir les muscles de la poitrine et du cou, puis par causer des étourdissemens, puis par amener une perte complète de connaissance. Le malade sentait venir l'accès, ce qui n'est pas commun dans l'épilepsie; les fonctions digestives étaient altérées; il existait du gonflement dans l'hypochondre gauche, constipation, pouls lent et faible. On employa simultanément des vomitifs composés avec le tartre stibié et l'ipécacuanha, une mixture où entraient la valériane et la magnésie, et, enfin, l'oxide de zinc à la dose de 8 grains, combiné avec 1 grain d'extrait de jusquiame, et 10 grains de valériane en poudre. Plus tard, on porta la dose du zinc à 1 scrupule, puis à un demi-gros; et celle de la jusquiame à 2 grains et demi, puis à 4 grains. Les accès s'éloignèrent, puis cessèrent tout à fait, après plusieurs mois; ils reparurent encore à des époques plus ou moins rapprochées, et presque toujours après l'usage de haricots blancs ou même de viandes cuites avec ce légume; enfin, depuis 1827, l'épilepsie paraît avoir définitivement cédé. La deuxième observation a pour objet une femme de trente-deux ans; le traitement dura une année, et l'on adjoignit aux médicamens indiqués ci-dessus, l'assa-fœtida, le savon médicinal, la gentiane, *le fiel de taureau*, etc., etc. Le troisième cas est tout à fait semblable au second.

Rush, de Philadelphie, et plusieurs autres médecins avaient déjà préconisé ce remède, que M. Alibert assure avoir été essayé sans succès à la Charité.

*Action spécifique de la racine d'*aristolochia rotunda *contre la fièvre intermittente;* par le docteur Biermann. Si le quinquina, et surtout le sulfate de quinine ont la propriété d'interrompre les accès de fièvre intermittente, ils ne possèdent pas celle de détruire la fièvre elle-même, et de prévenir les récidives, ni même les rechutes : tel est du moins le reproche que leur adresse M. Biermann. Dans les fièvres quartes principalement, si, après avoir fait avorter l'accès par l'emploi de ces remèdes, on cesse d'y avoir recours, il est rare que le septième, le quatorzième ou le vingt-unième jour ne soient pas témoins d'une récidive, même lorsqu'on a prescrit le régime diététique le plus sévère. Or ces récidives rendent la guérison de plus en plus difficile, car c'est à elles principalement qu'on doit attribuer les engorgemens abdominaux qui compliquent les fièvres intermittentes. M. Biermann s'est donc appliqué à chercher un moyen qui réunît, à la prompte efficacité des préparations de quinquina, une action plus soutenue; il croit l'avoir trouvé dans la racine d'*aristolochia rotunda*, qu'il affirme avoir employée dans plus de trente cas avec le plus grand succès. Il ne rapporte aucune de ces observations, et se borne à indiquer le mode d'administration de l'agent thérapeutique qu'il propose. Il la fait précéder, comme celle du quinquina, de l'emploi des purgatifs ou des vomitifs, suivant l'état des premières voies; et il appuie la nécessité de cette pratique sur deux cas, dans lesquels il l'avait négligée. L'usage de l'aristoloche fut suivi, chez les deux malades, d'une inflammation érysipélateuse de la tête. Il ne dit pas si ce fut le cuir chevelu ou la face qu'envahit l'inflammation; mais cet accident lui fait soupçonner que la fièvre intermittente pourrait bien être une névrose. Ce soupçon aurait dû lui être suggéré plus tôt, et surtout d'une manière plus directe, par les travaux des médecins français sur ce sujet. Quoi qu'il en soit, il administre l'aristoloche en poudre, dans un verre d'eau, à la dose de 24 à 36 grains dans les fièvres quotidiennes; il va jusqu'à 1 gros dans les fièvres quartes; chaque dose est divisée en trois prises qu'on administre d'heure en heure, de manière à finir une heure avant l'invasion du paroxysme.

Maladies et guérisons remarquables; par le docteur Münzenthaler. — Observations nombreuses, écourtées, dénuées de critique, et entachées de polypharmacie.

Vaccination. Dissertation peu concluante sur l'accroissement continuel du nombre d'individus vaccinés qui contractent la variole.

Des bains de mer de Swinemunde.

—

ALLGEMEINE MEDICINISCHE ZEITUNG. (Juin 1834.)

1re feuille.

1. *Pleurésie chronique, empyème, paracentèse;* par M. le docteur Becker. — L'essence de la pleurésie chronique consiste dans l'épanchement non interrompue, dans la cavité de la plèvre, d'un liquide séro-albumineux ou purulent; tantôt elle succède à la pleurésie aiguë, tantôt elle se développe sans symptômes d'acuité, et se rapproche de ces phénomènes critiques, incomplets, qu'on observe à la suite des fièvres intermittentes prolongées, ou d'autres états dyscrasiques. Dans les deux cas, ou le poumon reste étranger au travail morbide, ou déjà il était affecté de granulations et de tubercules; ou bien enfin il tombe malade en même temps que la plèvre, et devient le siége d'accidens inflammatoires. Le produit de la sécrétion morbide de la plèvre enflammée, dans la marche aiguë, est une sérosité jaune-paille, tenant en suspension des flocons crémeux ou caséiformes. Plus la maladie se rapproche de la forme chronique, plus la sérosité est trouble, plus les flocons sont rares, et au bout de quelques mois c'est de véritable pus que contient la plèvre. Peu à peu le poumon est repoussé, refoulé vers ses racines, et, quand l'épanchement se fait à gauche, le cœur est dévié à droite. Un sac de nouvelle formation se développe autour du liquide épanché, pour l'isoler du reste de l'organisme. Les Français, dit l'auteur, considèrent la lymphe plastique dont les kystes de ce genre sont composés comme tout à fait identique aux flocons albumineux, et ils pensent que c'est par hasard que la première s'organise, tandis que les seconds restent amorphes. Il ne saurait partager cette opinion. Si l'état du ma-

lade est bon d'ailleurs, aussitôt que l'épanchement est terminé, un autre travail commence, et le liquide devenu corps étranger est réassimilé par la résorption ; alors la poche accidentelle reste à l'état rudimentaire ; les productions plastiques des membranes séreuses enflammées, que le mouvement continuel des surfaces dispose à la forme membraneuse, se réduisent à de simples filamens celluleux qui sont absorbés à leur tour. Si la résorption se fait attendre, le kyste s'organise de plus en plus, et finit par constituer une fausse membrane complète, ferme, résistante, composée de plusieurs feuillets, et dont l'épaisseur peut aller jusqu'à un pouce. Cette membrane enveloppe la totalité du poumon quand le liquide épanché remplit toute la cavité de la poitrine ; ou bien, elle forme un sac partiel, limité d'ordinaire à la partie inférieure et postérieure du thorax, rarement à la partie moyenne de cette cavité ; dans les deux cas, elle bride plus ou moins fortement le poumon refoulé, et l'empêche de reprendre son volume naturel. La surface interne du sac, rarement lisse, est le plus souvent parsemée de rugosités, d'enfoncemens réticulés, qui dépendent sans doute de la déchirure d'adhérences contractées par les parois opposées. Dans certains cas l'activité organique des parties ne suffit pas pour déterminer la formation de la lymphe plastique ; alors le liquide n'est point isolé. C'est ainsi que chez les individus dont la constitution est affaiblie, on voit les abcès du tissu cellulaire mal déterminés et en quelque sortes diffus. La plèvre s'altère profondément, elle s'ulcère, son tissu est frappé de dégénérescence, et une sérosité puriforme s'infiltre dans les parties voisines. L'auteur promet de revenir quelque jour sur le travail de la résorption ; pour le moment, il se borne à indiquer le resserrement de la poche accidentelle, sa réduction à une masse membraneuse plus ou moins épaisse, et la déformation de la poitrine quand le poumon, ayant perdu par une longue compression la faculté de se dilater, ne vient pas remplir le vide que laisse le liquide résorbé ! L'élimination se fait quelquefois d'une manière plus brusque, soit par les bronches, soit par une ouverture aux parois de la poitrine, soit par ces deux procédés en même temps. L'art peut imiter ou faciliter le dernier. L'évacuation par les bronches ne suffit pas toujours pour assurer la guérison, soit que le trajet fistuleux qui s'établit au travers du poumon soit trop étroit, ou vienne à s'oblitérer, soit que l'exhalation répare continuellement les pertes qu'éprouve la collection. Quand la matière épanchée trouve une issue à l'extérieur à travers les espaces intercostaux, l'évacuation est plus sûre, mais elle offre plus de dangers. Au reste, la fausse membrane et le poumon bridé par elle se comportent comme dans le cas de résorption ou d'expuition. Toutefois, il faut le dire, dans la plupart des pleurésies chroniques, aucun de ces moyens de salut n'est efficace ; le pus s'accumule de plus en plus, la constitution s'altère, et le malade meurt entre les accidens de la fièvre hectique, et ceux d'une suffocation toujours imminente.

Le diagnostic de la pleurésie chronique est difficile. La fièvre avec exacerbation le soir, les sueurs nocturnes, la dureté, la fréquence, l'accélération du pouls, sa petitesse dans les derniers temps, la rougeur et la rareté des urines, l'amaigrissement, l'affaissement et la débilité sont des symptômes peu concluans. La douleur manque souvent, et jamais elle n'est vive ; la toux, quand elle existe, est brève et sèche ; la respiration ne s'altère que lorsque la maladie est déjà grave ; elle devient courte, fréquente, surtout quand le poumon est malade, à mesure que le liquide s'élève dans la poitrine. Une expectoration abondante de pus, une enflure ascendante des parois thoraciques, indiquent plus clairement la nature du mal ; mais ces phénomènes n'arrivent guère que dans la dernière période. La percussion donne un son mat dans une étendue plus ou moins considérable, qui varie suivant la position qu'on fait prendre au malade et suivant les variations que subit elle-même la quantité de fluide accumulé ; la respiration ne s'entend pas dans la région qui donne un son mat à la percussion, et dans le voisinage, on ne perçoit ni râle muqueux, ni râle crépitant ; l'œgophanie n'est pas toujours facile à percevoir.

Les antiphlogistiques, les saignées, les révulsifs, au début ; plus tard la paracentèse, telle est la médication que M. Becker espère voir confirmée par l'expérience, et par l'anatomie pathologique. Il pense que lorsqu'on connaîtra mieux la nature de la fausse membrane pleurétique, on ne redoutera plus, de l'ouverture de ce sac, des accidens analogues à ceux qui résultent du libre accès de l'air dans la plèvre. Sur quatre malades dont il rapporte l'observation, trois ont subi la paracentèse, qui deux fois a été suivie, bien qu'avec lenteur, d'une parfaite guérison.

II. *Variola versicolor.* — Dans un cas de varicelle survenant au travers d'une scarlatine, M. Ascherson a vu les pustules rougir et pâlir alternativement à chaque battement du cœur.

III. *Traitement de la gale.* — D'après des expériences faites dans une prison de Berlin, M. Ebermayer se croit fondé à contredire les éloges donnés au savon vert et au chlore. Ces moyens sont impuissans dans un grand établissement, et il a dû revenir au soufre.

2e feuille.

I. *Opérer n'est pas guérir.* — Exposé de quelques opérations, chez des cancéreux et des scrophuleux, qui ont été suivies de maladies plus graves que celles contre lesquelles on les avait dirigées.

II. *Efficacité des eaux de Wiesbaden contre les maladies de la peau.*

III. Guérison, par des frictions avec la teinture d'iode, répétées pendant quatre mois, d'une fausse articulation de la partie supérieure du cubitus, à la suite d'une fracture non consolidée, chez un individu scrophuleux.

VI. *Fracture de la base du crâne, par un coup de pierre sur l'os frontal.* — Perte de connaissance au bout de vingt heures seulement ; mort apoplectique. (*Richter.*)

3e feuille.

I. *Revaccination de l'armée prussienne en* 1833. — Sur 48,478 individus revaccinés, 37,286 portaient des marques viédentes de vaccination antérieure ; chez 7641 individus ces

marques étaient douteuses ; elles étaient nulles chez les 3551 autres. La revaccination fut sans résultat sur 21,006 individus ; l'éruption vaccinale a parcouru ses périodes régulièrement sur 15,269, irrégulièrement sur 12,203. La revaccination manquée fut répétée avec succès chez 784 individus, sans résultat sur 3377. Pendant le cours de l'année, de tous ceux qui avaient été revaccinés, soit en 1833, soit en 1834, 54 ont été affectés de varicelle, 50 de varioloïde, et 20 de variole.

II. *Sur la formation des hermaphrodites;* par le docteur Tourtual.

4e feuille.

I. *Des moyens de désinfection, et de leur emploi dans les maladies contagieuses;* par le docteur Link. L'auteur examine successivement la désinfection par le feu, par l'air, par le chlore et les chlorures, par l'acide nitrique, par la combustion du soufre et de la poudre, par le vinaigre, par le savon et les alkalis, par la chaux et par l'eau.

II. *Gonflement des os de la face à la suite de l'ablation de cheveux pliqués;* par le docteur Groeschner.

III. *Emploi du foie de soufre dans le croup;* par le docteur Becker. — Discussion peu concluante, et que n'appuie aucun fait pratique.

Voici un aperçu rapide de quelques uns des faits observés par M. Becker.

Ire *Observation.* — K***, âgé de trente-deux ans, d'une constitution irritable, est pris brusquement, en mai 1833, d'une maladie inflammatoire de la poitrine. Douleurs violentes, pungitives, dans le voisinage du cœur, respiration fréquente, entrecoupée, toux brève, fièvre angioténique. Ces phénomènes d'acuité cèdent au traitement anti-phlogistique ; mais le pouls continue à battre cent-vingt fois par minute, les battemens du cœur sont énergiques et accompagnés d'un bruit de soufflet. Les sangsues, les ventouses, le colchique, la digitale, l'acide prussique sont employés sans succès. L'urine est rouge, mais limpide ; matité, absence de la respiration en arrière du côté gauche ; pendant une semaine le malade expectore chaque jour une ou deux verrées de pus d'un blanc jaunâtre et de bonne nature. Il est soulagé par cette évacuation, et dès lors on entend la pectoriloquie et le gargouillement, on en conclut que de l'air s'échappe du poumon dans le sac pleurétique. Cependant le thorax se déforme à gauche, ses parois s'œdématient ; la fièvre et l'amaigrissement augmentent, l'expectoration n'a plus lieu. La paracentèse est pratiquée, au lieu d'élection, par le professeur Dieffenbach ; deux chopines de pus s'écoulent au dehors par un jet continu : pendant les premières vingt-quatre heures le lit du malade est inondé. Les jours suivans l'écoulement diminue par degrés ; il s'introduit un peu d'air dans la plèvre par la plaie que recouvre un simple plumasseau de charpie ; mais il n'en résulte aucun accident. Le huitième jour on est obligé d'agrandir l'incision pour rétablir l'écoulement du pus. Au mois d'octobre la guérison était parfaite, sauf un peu de matité à la partie postérieure de la poitrine, dont la déformation a complètement disparu. Un épiphénomène qui mérite d'être noté, c'est que, deux jours après l'opération, tout l'intérieur de la bouche, le palais, les gencives, l'isthme du gosier, la face interne des joues se couvrirent d'un enduit épais, blanc, visqueux et assez tenace pour rendre les mouvemens de ces parties très difficiles. Cet enduit disparut spontanément au bout de quelques jours, laissant la membrane muqueuse très rouge, et comme excoriée.

IIe *Observation.* — La seconde observation offre la plus grande analogie avec la précédente ; la paracentèse procura l'issue de quelques onces seulement d'un liquide séreux, citrin, avec des flocons caséeux. Quelques heures après, sueur abondante, large évacuation d'une urine jaune (elle avait été rouge jusque là). Bientôt du véritable pus s'écoule par la plaie, et plus tard se fait jour à travers les voies aériennes. Au bout de quatre mois la plaie était encore ouverte, la poitrine déformée, et la guérison encore douteuse.

IIIe *Observation.* — Le troisième malade guérit après avoir rendu chaque jour, pendant deux mois, par l'expectoration, une à deux verrées de pus.

IVe *Observation.* — Le grenadier Brückner fut pris, le 10 décembre, d'une pleuropneumonie à gauche, laquelle, malgré une crise par les sueurs, passa à l'état chronique, et fut suivie d'épanchement dans la poitrine. Le docteur Grossheim se décida à inciser les parois de la poitrine, opération qu'il avait tentée avec succès, deux ans auparavant, sur le sous-officier Scholten. Brückner fut moins heureux, et mourut le dix-septième jour après l'opération. A l'autopsie on trouva la cavité gauche du thorax remplie d'air, et d'une chopine de pus fétide ; le poumon hépatisé refoulé au point d'être méconnaissable ; la plèvre costale et la pulmonaire, parsemées d'ulcérations à bords lisses, perforées en plusieurs points sous lesquels le poumon et les muscles intercostaux eux-mêmes sont profondément altérés. Plusieurs ramifications bronchiques sont béantes dans la cavité de la plèvre.

Pendant que je lisais ces observations, le 1er septembre, je fus appelé par M. le docteur Focillon auprès de madame Giraud, à Mont-Souris. Cette dame était malade depuis deux mois ; elle n'avait jamais accusé aucune douleur à la poitrine ; la face était rouge, la respiration accélérée, la toux petite et fréquente, l'expectoration nulle, le pouls rapide et plutôt sec que dur, la peau chaude ; le ventre à l'état normal, l'urine rouge et rare ; sueurs nocturnes, exacerbations le soir. La sortie d'une verrée d'un pus grisâtre et fétide, par les voies aériennes, peu de jours auparavant, avait produit du soulagement, et diminué l'imminence de la syncope dans les mouvemens imprimés à la malade. Maintenant les crachats sont rares et muco-purulens, le côté droit de la poitrine est mat en arrière ; pectoriloquie à la partie supérieure, respiration insensible à la base du poumon. Le 3, l'expectoration est supprimée, la matité gagne la région supérieure du thorax, les syncopes redeviennent fréquentes ; la paracentèse est proposée et refusée. Le 5, crachats purulens, diarrhée ; soulagement momentané, quoique de forts vésicatoires appliqués aux cuisses soient restés pâles et secs. Le 7, tout le côté droit de la poitrine donne un son mat, 110 à 120 pulsations par minute, délire, tremblement, langue ivre, anxiété extrême, dyspnée, sueurs froides ; mort le lendemain. L'autopsie n'est pas accordée.

JOURNAUX ITALIENS.

ANTOLOGIA MEDICA ITALIANA.

Par le Docteur V. L. Brera, *de Venise.*

Les Mémoires originaux contenus dans les trois premiers numéros (janvier, février et mars 1834), de ce recueil mensuel, sont :

1° Hernie de la ligne blanche opérée avec succès, par Pacini.

2° Eruption de boutons aux pieds par l'application du tartre stibié sur la poitrine, par Podrecca.

3° Mode d'action des cantharides sur l'organisme humain, par Nardo.

4° Expérience clinique du coton en laine dans les affections rhumatismales, arthritiques et goutteuses, par Brera.

5° Observations anatomico-pathologiques, communiquées par G. Derchich.

a Rupture funeste d'un ovaire hydropique.

b Intussusception mortelle des intestins par l'effet de l'hydropisie d'un ovaire.

c Etranglement de l'intestin rectum produit par son adhérence à l'utérus.

5° Cas pathologique d'hydropisie enkistée simulant la grossesse, par Brera.

6° Cas de croup guéri sans opération, par le même.

7° Procidence invétérée du rectum opérée avec succès, par Georgi.

Hydropisie enkistée simulant la grossesse, et occasionée par des vers vésiculaires dans les viscères du bas-ventre, avec les remèdes à employer en pareil cas; par le conseiller-professeur V. L. Brera.

Des trois cavités splanchniques, celle de l'abdomen est la plus sujette aux maladies chroniques. L'anatomie et la pathologie expliquent facilement cette sujétion. Le principal organe de la génération, la matrice, occupe une très grande place dans le bas-ventre durant les derniers mois de la gestation, et elle est tourmentée par les plus vives sympathies pendant tout le temps de la menstruation. Les divers viscères de la digestion, ceux de la sécrétion de l'urine, les vaisseaux absorbans du chyle et de la lymphe avec leurs ganglions, n'y remplissent pas sans cesse leurs fonctions et avec une égale énergie, à la différence du cerveau, du cœur et du poumon qui sont des foyers de vie incessans.

Parmi les maladies chroniques du bas-ventre, l'auteur a choisi l'hydropisie enkistée, quoique connue depuis l'origine de la médecine (1), et il a fait ce choix parce qu'il s'est trouvé dans des circonstances qui l'ont éclairé et mis sur la voie curative de cette maladie, le plus souvent rebelle à tous les moyens de l'art.

« Dans le courant d'octobre 1804, entra à « l'hôpital civil de Crema, une paysanne agée « d'environ vingt-six ans, qui ne présentait de « remarquable qu'une extrême courbature con- « trastant avec une assez bonne mine et l'appa- « rence d'une grossesse de cinq ou six mois, « bien qu'on ne pût sentir le moindre balotte- « ment dans le ventre. Les nausées et le dégoût « de toute espèce d'alimens dont la malade se plai- « gnait, faisaient encore présumer la grossesse, « quoique la pauvre fille assurât qu'elle ne s'é- « tait jamais mise dans le cas de devenir mère, « et qu'elle n'avait même jamais eu ses règles. « Le toucher fortifia encore notre présomption « par l'occlusion absolue du museau de tanche. « On se contenta donc de la tenir en observa- « tion, d'autant mieux qu'il n'y avait point de « médecine active à employer, et que de jour « en jour le ventre prenait du volume, comme « dans le progrès de la grossesse.

« Au bout de trois mois d'expectation, le « ventre s'affaissa tout à coup et une fièvre ré- « mittente se déclara; à l'altération des traits, « on vit que la maladie était grave. En effet, on « reconnut la fièvre lente d'*Huxham* produite par « la suppuration profonde d'un organe. En « moins de trois semaines la jeune fille succomba « dans un état de consomption, tel qu'ont eût « dit que les parois du ventre étaient collées en- « semble. »

L'autopsie fit rendre à cette infortunée une justice trop tardive. « Rien d'extraordinaire « dans la cavité du crâne ni dans celle de la poi- « trine, mais il y avait dans le ventre une quantité « prodigieuse de vésicules, couleur jaune-pâle « et de différentes grandeurs, les unes comme « une noix, les autres comme une noisette, « celles-là aussi petites qu'un pois, celles-ci « qu'un grain de millet, répandues à profusion « sur la face du péritoine et des viscères que re- « couvre cette membrane. Le fond de la vessie « et de la matrice sur lequel se replie ce sac « membraneux n'en était pas exempt. La sub- « stance parenchymateuse des autres viscères « recouverts par le péritoine, tels que le foie, « la rate, l'appareil gastro-entérique étaient en- « tièrement détruite, de sorte qu'on pouvait « dire en toute vérité, qu'il n'en restait que les « linéaments, encore étaient-ils masqués par « une couche de ces vésicules. Le foie se trouvait « réduit à l'épaisseur d'un travers de doigt, la « forme de la rate était représentée par une « bourse vide faite de sa membrane extérieure. « L'estomac et le tube intestinal figuraient par « la ténuité de leurs parois un voile transparent; « l'épiploon, converti en un amas de ces vésicu- « les, ressemblait à de l'eau de savon mousseuse « dans l'étendue naturelle de ce réseau. Etait- « il possible d'établir au juste le diagnostic « d'une pareille hydropisie enkistée?

« Ce n'est pas qu'on n'eût déjà observé de « semblables vésicules dans des collections « aqueuses, mais ces kistes à vésicules existaient « à part dans un viscère. Ainsi le docteur Rance « parle d'une femme de trente ans, qui après « être accouchée laborieusement d'un fœtus « mort, fut prise de nouvelles douleurs et ren- « dit brusquement et avec bruit une masse de « ces vésicules dans un flot de lymphe : cette hy- « dropisie de la matrice en avait aussi imposé à « l'accoucheur pour une grossesse. Vanderwiel « et Constantini di Gregorini ont vu de ces hy- « dropisies enkistées dans le foie, le cerveau, « les poumons; mais aucun auteur, autant que « je sache, ne fait mention d'une hydropisie en- « kistée étendue sur tous les viscères et l'en- « ceinte du bas-ventre. Une autre circonstance « digne d'être prise en considération par les « praticiens, c'est que la cavité de la matrice « chez notre malade était vide, et que néan- « moins la forme de la maladie a simulé pendant « plusieurs mois la grossesse. »

Le docteur Brera a étudié soigneusement et avec le microscope les animalcules vésiculaires

(1) Hipp. *de internis affec.* Cap. XXIV. Aret. *op.*

tenus dans le kiste décrit, et il en donne la figure dans une planche annexée au journal.

Mais il ne suffit pas de découvrir et de faire connaître la cause d'une maladie mortelle, il faut encore en indiquer le remède, et c'est là ce qui fait le grand mérite de ce Mémoire.

La famine et le poison sont les deux moyens de faire mourir ces êtres parasites : que la matière nutritive bonne pour la formation et la pullulation de ces vers contracte accidentellement d'autres qualités, à l'instant leur organisation se troublera, et les voilà sans vie; ensuite ils se décomposent, et tandis que leurs débris sont résorbés, reportés dans le torrent de la circulation, les viscères délivrés se remettent à neuf : ou bien, que ces vers soient emprisonnés dans leurs cellules par une matière albumino-calcaire, qui suintera de la surface interne des kistes et se concrétera, nécessairement ces animalcules périront, et les viscères, dont la démolition est arrêtée, resteront farcis de tubercules gros ou petits, enfermant dans leur cavité les dépouilles de ces animalcules momifiés. La nature s'est réservé le secret de les affamer, mais elle est disposée à seconder le médecin dans leur empoisonnement. L'auteur va nous en donner la preuve.

« En 1805, une femme de 48 ans entra à « l'hôpital de Crema pour une ascite qu'elle at- « tribuait à une fièvre tierce trop long-temps « négligée. Le bas-ventre, bien qu'il eût la con- « formation de l'ascite, n'offrait pas à la per- « cussion un flot de liquide dans toute son éten- « due, et ce flot venait plutôt se faire sentir en « divers endroits de l'enceinte abdominale où « la malade accusait partout une sensation de « piqûre et de pincement. Il était clair que j'a- « vais à traiter une hydropisie enkistée, et que « la maladie était produite par des vers vésicu- « laires. Pour éclaircir le diagnostic, je fis don- « ner un coup de trocar ; il n'y eut plus l'ombre « de doute, lorsqu'il me fallut, pour vider « en partie le bas-ventre, pratiquer plusieurs « fois la paracenthèse, et qu'à chaque ponction « il sortait par la canule un peu d'humeur « lymphatique qui entraînait quelques débris « de ces membranes organisées appartenant « aux vers vésiculaires.

« Le caractère de l'ascite enkistée bien re- « connu, mon remède fut le tabac dont j'ai « éprouvé la vertu comme anthelmintique, et « comme diurétique. Je le fis prendre d'abord « en sirop graduellement; en même temps, on « donnait soir et matin une fumigation de la « même plante en lavement : le troisième jour « de ce traitement, l'urine devint plus abon- « dante, le ventre commença à perdre de son « volume, l'hydropique ne ressentit plus de pi- « qûres ni de pincement dans le bas-ventre. « Cette médication continuée et associée à une « décoction de quinquina que je fortifiais par « l'éther nitrique, procura, avec un régime « substantiel, une complète guérison. J'ai revu « cette femme huit ans après sa sortie de l'hô- « pital, et elle m'a assuré que depuis elle s'é- « tait toujours bien portée.

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

PRIX PROPOSÉS.

La Société royale de médecine de Bordeaux propose un prix de la valeur de 300 fr. au meilleur Mémoire sur la question suivante :

« Tracer l'histoire de la maladie appelée « *phlegmasia alba dolens*; insister, d'après l'ob- « servation des faits, sur la nature et le traite- « ment de cette maladie. »

Elle propose, en outre, un prix de 500 francs pour la solution des questions suivantes :

« Existe-t-il des altérations primitives des « fluides circulatoires (sang et lymphe) ? Les dis- « tinguer de celles qui ne sont que secondaires, « déterminer la nature de ces altérations primi- « tives, leur influence sur l'organisation et par- « ticulièrement sur ce qui regarde la produc- « tion et le traitement des maladies. »

Les Mémoires doivent être envoyés chez M. Dupuch-Lapointe, secrétaire-général de la société, rue de la Grande-Taupe, n° 21, avant le 15 juin 1835.

Dans la séance annuelle de la même société, un Mémoire de M. Martin, médecin de Bazas, sur *la phlébite* a été couronné. Deux jetons d'or ont été décernés, l'un à M. le docteur Cazenave pour un Mémoire intitulé : *Essai sur les engorgemens de la prostate simulant, dans certains cas, la paralysie de la vessie;* l'autre à M. le docteur Mirecourt, pour son travail *sur le virus charbonneux, et sur les moyens de le neutraliser.*

—

— *Acarus découvert à Marseille.* — Des recherches faites à l'hospice de Sainte-Françoise, à Marseille, sous la direction de M. le chirurgien en chef, ont fait découvrir l'*acarus scabiei.*

— *Congrès scientifique de Poitiers.* — Plus de 300 personnes ont fait annoncer leur arrivée à ce congrès. Dans ce nombre, 11 membres de l'Institut, 17 députés, 3 recteurs d'académie, 40 professeurs, 9 conservateurs de bibliothèques, 60 avocats ou médecins, 15 conseillers de cours royales, 5 Belges, 10 Anglais, plusieurs Allemands. Paris fournit à lui seul plus de 40 membres. Chaque section élira son président et ses vice-présidens Le congrès durera 10 jours.

On assure que la troisième session du congrès scientifique de France se tiendra à Paris, en septembre 1835.

— M. Dieffenbach, célèbre chirurgien de Berlin, a visité plusieurs hôpitaux de Paris, et a démontré plusieurs procédés nouveaux qu'il a mis en pratique pour la rhinoplastie. Le 8 septembre, à l'hôpital de la Pitié, sur l'invitation de M. Lisfranc, il a fait cette opération sur une femme dont la partie saillante et cartilagineuse du nez avait été détruite par une dartre rongeante : les médecins français ont admiré le talent de l'opérateur prussien qui, dans la démonstration de sa méthode de rhinoplastie, a surtout insisté sur les conseils pratiques suivans :

1° Laisser à l'appendice de la sous-cloison une largeur telle qu'il ne puisse être détruit par la suppuration ou la gangrène ;

2° Laisser suinter le lambeau et les bords de la division assez de temps pour qu'ils ne fournissent plus de sang lorsqu'on en fait l'application ; cet intervalle est rempli par la restauration du front ;

3° Ne pas trop bourrer les narines pour faire saillir le lambeau, le rapprochement des bords

de l'ouverture devant par la suite amener une saillie suffisante.

— M. le baron Dupuytren est dans un état de santé qui alarme ses amis.

— M. le docteur Heyne, de Wützbourg, a présenté à l'académie une scie nouvelle à laquelle il donne le nom d'*ostéotome*. C'est une scie en chaîne enroulée autour de deux roues, que l'on fait mouvoir au moyen d'une manivelle; qui peut faire des sections droites, anguleuses, courbes, circulaires; et qu'on fait marcher sur les os avec presqu'autant de facilité que le bistouri sur les parties molles.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Juillet* 1834.

Séance du 7 juillet. — M. Jourdan envoie quelques explications relativement à la communication qu'il a faite dans la dernière séance. Ces explications regardent la formation de la couche d'émail qui paraît due au périoste.

Quoique M. Jourdan ait donné à cet appareil le nom de dentaire, il déclare cependant ne point voir dans ces apophyses de véritables dents : il a, du reste, vérifié ses observations sur tous les individus que possède le Muséum d'histoire naturelle.

— M. Geoffroy Saint-Hilaire lit, en son nom et celui de M. Serre, un rapport très favorable sur le travail de M. Jourdan. Il rappelle que le *crotalus horridus* (serpent à sonnettes) et le *boa constrictor* (le devin) ont, au devant de la colonne vertébrale, les apophyses signalées par M. Jourdan dans l'ophidien *scaber*, mais sans qu'elles percent la partie correspondante du tube digestif, comme chez le *scaber*. De même la taupe présente, au devant des corps vertébraux, de petits osselets, mais c'est seulement dans la portion lombaire, dans une région où il n'y a pas de côtes, et où ces osselets peuvent être considérés comme supplémentaires des côtes.

M. le rapporteur demande l'insertion du Mémoire dans *le Recueil des Savans étrangers*. Ces conclusions sont adoptées.

Séance du 14 juillet.—M. Jourdan lit un Mémoire sur un nouveau genre de quadrumanes appartenant à la famille des limuriens, le genre *avahi*.

M. Serre fait, en son nom et celui de M. Duméril, un rapport sur un Mémoire de M. le docteur Martin Saint-Ange, intitulé : *De l'Organisation des cirrhipèdes et de leurs rapports naturels avec les animaux articulés.*

Séance du 21 juillet. — M. le docteur Deslignes adresse quelques observations tendant à appuyer la théorie des analogues, principalement en ce qui a rapport à l'existence des os marsupiaux, chez les différens ordres de vertébrés et à l'analogue de ces os dans l'épaule.

M. le docteur Desvignes annonce qu'il s'occupe de rassembler ses matériaux, et qu'il soumettra prochainement son travail au jugement de l'Académie.

— Considérations sur la cautérisation de l'urètre, par P. L. A. Nicod; commissaires : MM. Roux et Larray.

Séance du 30 juillet.—M. Boussingault présente un Mémoire sur l'acide pyromucique; commissaires, MM. Robiquet et Dumas.

M. Coste lit un Mémoire sur l'ovologie.

M. Lonchamp lit un Mémoire sur les gaz qui se dégagent des eaux minérales.

M. Grégori lit un Mémoire long et peu concluant sur l'origine du maïs, qui, selon lui, aurait été introduit en Europe, à l'époque des croisades, et porté d'Europe en Amérique.

Août 1834.

Séance du 4 août. — M. le docteur Lassis offre d'aller à ses frais à Madrid étudier l'épidémie de choléra, si l'Académie veut lui donner mission à cet effet.

M. A. Jozwik, médecin des facultés de Varsovie et de Paris, adresse des observations sur une asphyxie par commotion, et une danse de Saint-Guy, traitées par le magnétisme animal.

— M. A. de Jussieu fait, en son nom et celui de M. Ad. Brongniart, un rapport sur une Note de M. Cambessèdes, relative à *deux genres nouveaux de la famille des sapindacées.*

— Le même académicien fait, en son nom et celui de MM. Richard et Ad. Brongniart, un rapport sur un Mémoire de M. Decaisne, ayant pour titre : *Examen et description d'un herbier de Timor.*

Séance du 11 août.—M. Bourjot Saint-Hilaire présente un travail sur les os coxaux des oiseaux, et sur le bassin dans cette dernière classe de vertébrés, principalement considérés sous le point de vue de l'anatomie comparée.

— *Mécanisme des bruits du cœur.* M. Magendie lit la seconde partie d'un Mémoire sur ce sujet. Les faits et les expériences rapportés dans la première partie, tendent à établir que les bruits du cœur sont le résultat, non de l'action du sang sur le cœur ou les grosses artères, mais du double choc qu'exerce le cœur sur les parois de la poitrine : 1° par sa pointe, pendant la contraction des ventricules; 2° par sa face antérieure, au moment de leur dilatation.

C'est en partant de ces principes que M. Magendie, après avoir cherché à expliquer les bruits normaux, cherche à expliquer les bruits anormaux de l'organe central de la circulation.

Dans l'hypothèse de cet académicien, toutes les causes d'accélération, de plus grande force, etc., des bruits du cœur agissent en rendant le choc de cet organe contre les parois du thorax plus fréquent, plus fort, etc.; et de même les causes de ralentissement, d'affaiblissement, etc.; des bruits ne font que ralentir, affaiblir, etc., le choc : parmi ces dernières, par exemple, le volume de l'organe, en le tenant rapproché de la poitrine, un épanchement du péricarde, en l'en tenant éloigné, ôtent également au cœur de sa liberté, et affaiblissent également le choc et le bruit.

On pressent quelles nombreuses et vives objections pourraient être faites à M. Magendie qui, du reste, promet de reprendre ce sujet.

Séance du 18 août. — M. Bancal, de Bordeaux, adresse le dessin et l'explication d'un brise-pierre différant de celui de M. le docteur Heurteloup, en ce que les deux branches sont rapprochées par pression continue et non par percussion.

— M. le docteur Desvignes adresse un Mémoire intitulé : *Théorie du bassin* : commissaires : MM. Duméril et Blainville.

— M. Geoffroy lit un Mémoire sur la *continuation par voie de génération entre les espèces animales perdues et les espèces vivantes.*

— M. Breschet lit un Mémoire ayant pour titre : *Description d'un organe vasculaire dé-*

couvert dans les cétacés, suivie de quelques considérations sur la respiration chez les animaux.

Séance du 25 août. — M. Geoffroy continue la lecture de son Mémoire sur la transmission et la succession des espèces.

— M. Leroy d'Etiolles lit un Mémoire sur le traitement des rétentions d'urine produites par le gonflement de la glande prostate, maladies souvent prises pour des cas de paralysie de la vessie.

— M. le docteur Junod lit un Mémoire relatif aux *effets de la pression atmosphérique sur le corps humain.* Il pense que dans le traitement des maladies on pourrait mettre à profit les phénomènes différens qui sont produits par la condensation ou la raréfaction de l'air sur quelques points du corps. MM. Double, Roux et Savart, commissaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Juillet 1834.

Les séances de ce mois ont été consacrées à la discussion du rapport de M. Ferrus sur les prisons.

Août 1834.

Séance du 5 août — M. Andral fait un rapport sur un travail de M. Pigeaux, relatif à quelques points de diagnostic de la phthisie pulmonaire.

M. Mirault d'Angers lit une observation détaillée sur un cancer de la langue, qu'il a guéri en liant cet organe à sa partie postérieure, par la région sus-hyoïdienne.

M. Velpeau rappelle que M. J. Cloquet a fait une opération analogue, il y a cinq ou six ans. Il s'élève dans l'Académie des doutes sur la nature cancéreuse de la tumeur enlevée par M. Mirault. Le procédé de ce chirurgien consiste à faire une incision longitudinale sur le milieu de la région sus-hyoïdienne et de passer par là une double ligature qui se déploie après avoir traversé la langue : chaque chef serre une moitié de l'organe.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

AFFAIRE THOURET-NOROY.

Nos lecteurs se rappellent (1) la déplorable affaire de M. le docteur Thouret-Noroy, condamné par le tribunal d'Evreux, puis par la cour royale de Rouen, pour avoir ouvert l'artère brachiale, dans une saignée, au sieur Guigne, et n'avoir ni prévu ni prévenu les suites de cet accident.

M. Thouret-Noroy, déterminé à épuiser tous les degrés de juridiction dans une cause qu'il croit juste et qui intéresse tout le corps médical, a fait appel à la cour de cassation, et s'est adressé, pour être soutenu dans ses droits, à l'*Association de prévoyance des médecins de Paris.*

Le lundi 18 septembre, sur la convocation de la commission de l'Association, une assemblée des médecins de Paris a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Plus de sept cents personnes se sont trouvées réunies.

La séance a été ouverte à trois heures, sous la présidence de M. Orfila. M. le secrétaire a lu une lettre de M. Thouret-Noroy qui réclame l'appui de l'association médicale, puis le rapport des médecins et chirurgiens de Rouen dans l'affaire jugée par le tribunal d'Evreux.

La commission a fait à l'assemblée les deux propositions suivantes : 1° une lettre sera adressée par l'assemblée générale des médecins de Paris à M. le docteur Thouret-Noroy, pour lui témoigner tout l'intérêt qu'elle prend à sa cause, et lui prêter d'abord un appui moral devant l'opinion publique et devant la cour de cassation. 2°. Une souscription sera ouverte et remplie, séance tenante, pour indemniser M. le docteur Thouret-Noroy des frais que lui a déjà coûté et de ceux que pourra lui coûter encore la poursuite d'une affaire qui intéresse tout le corps des médecins.

M. le docteur Sandras avait d'abord proposé qu'on écrivît à M. le procureur du roi près le tribunal d'Evreux pour l'inviter à poursuivre l'officier de santé Chouippe qui, sans l'assistance d'un docteur, s'était permis de pratiquer une opération grave ; mais il a retiré sa proposition, après avoir obtenu que dans la lettre à M. Thouret-Noroy le blâme serait jeté sur la conduite de M. Chouippe, et que cette lettre, imprimée dans les journaux politiques, serait adressée à tous les tribunaux et aux cours royales.

M. le baron Antoine Dubois, ancien doyen de la faculté, s'est inscrit comme premier souscripteur, et a déposé sur le bureau un billet de 500 francs.

Une seconde assemblée des médecins de Paris, plus nombreuse que la première, a eu lieu.

Dans cette séance, M. le secrétaire de la commission chargé de rédiger le projet de lettre à M. Noroy, n'ayant tenu aucun compte des observations à lui adressées par MM. Sandras et Dubois (d'Amiens), qui lui avaient été adjoints, les trois projets de lettre ont été lus devant l'assemblée ; et une nouvelle commission, dont aucun de ces MM. ne fait partie, a été formée pour la rédaction définitive de la lettre à M. Noroy.

L'affaire de M. Noroy est telle aujourd'hui, qu'aucun médecin n'y peut, n'y doit rester étranger. Le principe sacré de l'incompétence des tribunaux en matière de médecine est soutenu non seulement par l'*Association des médecins de Paris*, mais, nous en sommes convaincus, par tous les médecins de France. Si, comme on le dit, il y a, de la part des magistrats et des législateurs, mauvais vouloir envers le corps médical, il faut que le corps médical se présente pour défendre ses droits devant des juges incompétens. C'est dans des questions vitales comme celle-ci que l'association est un devoir pour chacun de nous.

SOUSCRIPTION POUR M. THOURET-NOROY.

Les rédacteurs du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* ouvrent dans leurs bureaux une souscription pour M. Thouret-Noroy.

Ceux de MM. nos abonnés qui voudront souscrire pourront nous envoyer leur argent en un mandat sur la poste, sur le trésor, ou sur une maison de commerce de Paris.

Nous prions nos correspondans de recueillir les souscriptions et de nous en faire parvenir le montant.

Les rédacteurs du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* souscrivent pour 100 francs.

(1) Voy. Tom. I, pag. 319.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Pl. XIV. — Hernies crurale et inguinale graisseuse ; côté droit, grandeur naturelle. — (Anatomie pathologique, Pl. ij.)

—

Indication des parties A, la saillie de la hanche droite ; B, le côté droit du ventre ; C, le voisinage de l'ombilic ; D, E, la ligne blanche ; F, le penis dénudé ; G, le cordon spermatique ; H, I, K L, le dedans, le devant et le dehors de la cuisse droite ; M, N, O, O, l'aponévrose *fascia-lata* au devant des muscles superficiels de la cuisse ; P, la même aponévrose au devant des muscles pectiné et moyen adducteur.

a, *b*, *b*, *b*, *c*, ligne inclinée représentant l'arcade crurale ; *a*, ou l'épine iliaque, *c*, ou l'épine pubienne sont les deux extrémités de cette arcade ; *d*, *d*, colonne graisseuse sortant par l'anneau inguinal, et relevée au moyen d'une épingle, afin de montrer le pilier inférieur ou externe de cet anneau. *e*, *e*, *e*, *e*, corps d'une hernie crurale, sortie par l'ouverture ou anneau crural et enveloppée de son sac péritonéal ; *f*, *f*, *f*, flocons adipeux et ganglions au devant desquels le sac a glissé, ou qu'il a refoulés en bas.

Tout ce qui, dans cette première planche de hernies, pouvait altérer la situation relative des parties, ou partager l'attention, a été écarté soigneusement. On verra, dans la prochaine planche pathologique, quels étaient les organes abdominaux descendus dans le sac, où se trouvaient les vaisseaux épigastriques par rapport à son collet, et de quelle manière il était serré par le ligament de Gimbernat.

—

Cette planche d'anatomie pathologique et chirurgicale qui a été, comme toutes les autres, dessinée fidèlement sur la nature, représente une hernie double d'un même côté, savoir une hernie crurale de l'intestin et une hernie inguinale graisseuse. Nous nous voyons ainsi conduits à entamer un peu plus tôt que nous ne l'aurions voulu l'un des chapitres les plus longs, les plus importans et les plus délicats de la chirurgie.

On a coutume de faire précéder l'étude des hernies du ventre de considérations anatomiques sur la cavité abdominale, sur ses parois, sur ses ouvertures et sur les organes qui y sont renfermés. On fait bien, à notre avis, c'est le seul moyen de pouvoir exposer clairement un point si important de pathologie, et de faire comprendre la raison et l'application des préceptes donnés.

« Les brillans progrès que la chirurgie a faits de nos jours, dit Scarpa, ne sont que le résultat des observations d'anatomie pathologique, c'est-à-dire, des comparaisons exactes de l'état naturel de nos organes avec leurs diverses maladies. C'est de ces résultats que se déduisent, comme autant de conséquences, les méthodes curatives les plus rationnelles, et le perfectionnement des opérations. »

Mais il n'est peut-être pas si utile qu'on le croit en France de joindre à ces considérations préliminaires un grand nombre d'idées générales et abstraites sur la nature, les causes, la composition, etc., de ces tumeurs : idées qui sont plus spéciales que vraies, qui sont difficiles à rassembler, et qu'on n'adapte jamais aux cas particuliers, sans peine et sans restriction. Richter et Scarpa, qui ont excellement écrit sur la matière ont été sobres de généralités. Nous devons l'être à leur exemple, et nous ajouterons aux motifs qu'ont eu ces deux grands hommes, un motif qui nous est propre : c'est une répugnance invincible à traiter des choses matérielles abstractivement et loin des images.

Quant aux considérations anatomiques que nous reconnaissions tout à l'heure être indispensables, voici les raisons nombreuses qui nous persuadent de les différer, et que nous croyons pouvoir faire valoir sans nous contredire :

Les organes de la cavité ventrale susceptibles de former hernie ; les ouvertures appelées *canal inguinal*, *canal* ou *anneau crural* ; *l'anneau ombilical* et *la ligne blanche ; l'arcade crurale*, appelée aussi *ligament de Fallope* et *ligament de Poupart*, avec ses points d'attache, ses adhérences, son origine, sa structure, son épaississement et son redoublement, avec sa manière de se contourner à son milieu et de se fixer au pubis pour engendrer le *ligament de Gimbernat* ; les *feuillets* et *fascias* superficiels et profonds, si nombreux, si variables, qui ont été vus et qui *se voient quelquefois* au dessus et au dessous de cette arcade ; la situation précise de plusieurs gros vaisseaux par rapport à quelques unes de ces ouvertures, canaux, etc ; toutes ces choses, et plusieurs autres qui n'ont pas encore été représentées dans nos planches, ou qui ne l'ont été qu'en partie, sont *censées* ne pas être connues de nous. Or, l'impossibilité de pouvoir renvoyer à des images fixes, quand il le faut, et à chaque instant s'il le faut ; l'inespérance d'être suivi, d'être compris, sans ce secours, dans une matière aride, compliquée, sur laquelle les maîtres disputent, se contredisent ou ne se comprennent pas, nous découragerait. Qui sait même si la hardiesse de parler loin des images ne serait pas pour nous, comme elle l'a été pour plusieurs, une occasion de parler trop long-temps, pour faire croire à une science profonde et à des recherches infinies?

Pour toutes ces raisons principalement et pour quelques autres qui appartiennent spécialement au sujet, nous différons de traiter d'abord de l'anatomie et de la pathologie générale des hernies. Cette pathologie métaphysique et transcendante, vers laquelle il est ordinaire de voir les meilleurs esprits se tourner, est trop loin de l'application pour être bien utile à la pratique, et paraît même comme impossible à quelques auteurs. « Chaque fois, dit quelque part M. Richerand, qu'en commençant l'histoire des maladies chirurgicales, des hernies par exemple, on veut établir des généralités relatives à ces maladies, les exceptions se présentent en si grand nombre, qu'il vaut mieux commencer par chacune d'elles. »

Verheyen, anatomiste et chirurgien belge, qui écrivait en 1710 ou 1715, paraît être le premier qui ait distingué la hernie crurale proprement dite ou *mérocèle*, de la hernie inguinale de notre temps, et reconnu que ces deux tumeurs ne sortaient pas par le même lieu. Avant lui on avait confondu toutes les hernies qui se montrent au haut de la cuisse et au bas du ventre, le long du pli inguinal, sous le nom générique et trop vague de *bubonocèle*. Ainsi

Paré lui-même, le plus savant et le plus exact, sans comparaison, de tous les chirurgiens de son temps, en son chapitre des *hargnes* ou *greveures*, *fait ample déclaration* : qu'il n'y en a que de deux sortes, celles qui se font dans l'*aingne*, et celles qui descendent au *scrotum*. Les hernies de l'*aingne*, quelque achevées qu'elles fussent, il les nommait *incomplètes*, et les subdivisait en *entérocèle*, *zirbale* et *entero-zirbale;* et les hernies au scrotum, qui, selon lui, méritaient seules le nom de *complètes*, étaient distinguées en *venteuses*, *aqueuses*, *charneuses* et *variqueuses*. Cette doctrine de Paré, montre clairement deux choses : combien la pathologie de la hernie crurale était imparfaite encore au seizième et dix-septième siècle, et comment elle ne pouvait atteudre son perfectionnement que du progrès de l'anatomie.

La hernie crurale peut être définie la sortie de quelques uns des viscères du ventre, à travers l'*anneau* ou *canal crural*, de manière à former une tumeur souvent visible et presque toujours enveloppée d'un sac péritonéal. On devrait encore donner le nom de crurale à la hernie qui se ferait derrière les vaisseaux cruraux, en dehors d'eux, devant le psoas, et à travers l'arcade crurale, ou le ligament de Gimbernat; mais c'est bien rarement qu'il s'y en fait; on nie même que cela soit jamais arrivé.

Anatomie de la hernie crurale. L'anatomie de la hernie crurale, pour être complète, devrait comprendre : 1° la description des parties qui se trouvent constituer la limite de la cuisse et du ventre, et celle de toutes les parties qni l'avoisinent en tous sens, dans une étendue considérable ; 2° une description suffisante de tous les organes qui pourraient sortir par cette limite, et y former hernie; 3° une étude approfondie de tous les changemens de forme, de situation, de texture, etc., que la maladie y a introduits; 4° une connaissance parfaite de la disposition des élémens de la tumeur. Si l'on joint à cela, comme l'ont fait plusieurs auteurs savans, une étude détaillée de l'origine et de la structure de chacnn de ces élémens, des recherches et des hypothèses sur leurs modes nombreux de formation, d'accroissement, de disparition, etc.; il est facile de voir que la matière peut être allongée presque à l'infini.

Toutes ces notions ne sont pas de la même nécessité, de la même importance pour le médecin; cependant il serait trop commode de les déclarer inutiles, et il est impossible à dire si, plus tard, avec plus de science encore, plus d'habitude et de bonheur, la moindre d'entre elles ne trouvera pas à s'utiliser dans la pratique.

L'anatomie *pratique* de la hernie crurale doit embrasser au moins, 1° la connaissance *du lieu de passage*, afin d'être éclairé sur les causes, la composition probable, les accidens possibles, etc.; 2° *la connaissance de la forme* du lieu de passage, afin de savoir donner la position, diriger le taxis, appliquer les moyens de contension, etc., etc.; 3° celle de la structure de *l'ouverture de passage*, pour en déduire la cause et la hauteur de l'étranglement, le point à inciser, le sens du débridement; 4° celle du rapport naturel des élémens de la région, pour apprendre à l'opérateur à exécuter sûrement les préliminaires de l'opération, qui consistent à se mettre en vue du sac.

Si toutes nos planches de la région inguinale étaient publiées, et que la description générale de l'aine eût été faite, nous saurions tout d'un coup ce que c'est que l'*anneau* ou *canal crural*, par où passent les hernies crurales. Néanmoins, en s'aidant de celles que nous avons déjà, on peut se faire une idée juste du lieu de sortie du viscère dans la *hernie crurale*.

En plaçant devant soi les planches 10 (1re année), 13 et 14 (2e année), qui représentent les régions *inguinale superficielle*, *inguinale profonde*, et *une hernie crurale*, il ne sera pas impossible de concevoir ce que disent les auteurs du siége de la hernie crurale. Elle sort, disent-ils, en devant de la partie interne du pectiné, en dedans de la veine crurale; en dehors et en arrière de la faux de Gimbernat. Or, dans la planche 13, les deux premières limites sont évidentes, les deux dernières se conçoivent bien si l'on jette les yeux en *u* (même planche), sur quelques fibres descendantes du ligament de Gimbernat; et, ces quatre limites réunies, sont les limites mêmes de l'*anneau crural*. Dans la planche 10, où les vaisseaux cruraux sont cachés par le feuillet superficiel du *fascia lata*, il est cependant très facile encore de voir que c'est au dessus du ganglion marqué 2, 3, que se trouve cet anneau. Enfin, la vue de la planche 14 ne doit plus laisser de doute à ce sujet.

Nous savons donc par où se fait la hernie crurale quand elle a lieu par l'anneau fémoral, c'est à dire dans l'immense majorité des cas.

Causes — Elles sont si nombreuses et si diverses qu'il serait difficile de les savoir et de les mentionner toutes.

On a raison de dire d'une manière générale, que la cause de toute hernie se trouve dans le défaut de proportion ou de rapport, entre la force de résistance des parois de la cavité du ventre, et la force d'impulsion, d'expansion et de poids des organes qu'elle contient. Mais on n'a pas assez dit. Ce qu'il faudrait connaître, ce sont les circonstances dans lesquelles ce rapport est rompu ou tend à se rompre.

Les causes anatomiques paraissent devoir être indiquées avant tout. En effet, l'épiploon, l'intestin, ou tout autre organe mobile ou non, viendra en vain s'appliquer aux parois du ventre, se déposer dans la fosse iliaque ou le petit bassin, en vain même, le diaphragme et les muscles abdominaux les aideront-ils de leur pression; si la cavité du ventre est solidement fermée, si les ouvertures, inférieures surtout, ne sont pas disposées à se laisser franchir, la hernie n'aura pas lieu.

La formation des hernies est donc une conséquence inévitable de notre mode de construction. Après cela, rien n'empêche de mentionner les innombrables causes écrites dans tous les livres de pathologie; l'âge, le sexe, la profession, les habitudes; les efforts, les chûtes, les contusions, les blessures; l'amaigrissement subit, la grossesse répetée, etc., etc., etc.; en remarquant seulement que souvent toutes ces choses ont lieu sans qu'il s'en suive de hernie, et que souvent des hernies apparaissent sans que toutes ces choses aient eu lieu.

La hernie crurale passe pour être très rare chez l'homme et tres commune chez la femme. La dernière partie de la proposition est bien vraie et s'explique ordinairement par la différence de structure et de fonction dans les

deux sexes, mais il est permis de douter que la première le soit autant. Si Morgagny ne l'a jamais rencontrée dans l'homme, si Sandifort, Walter et Scarpa ne l'y ont vue que chacun une fois, c'est qu'ils ne l'ont pas cherchée. M. Dupuytren l'a trouvée déja plus de quarante fois sur des hommes malades ; M. Cloquet qui la cherchait sur des cadavres, l'a rencontrée, dans l'espace de quelques années seulement, au moins cinquante-cinq fois; et nous-même, qui n'avons pas eu tant d'occasions, nous l'avons vu déjà un grand nombre de fois.

La hernie crurale est plus fréquente du côté droit que du côté gauche ; on ne sait à quoi l'attribuer.

Voici une table statistique des hernies inguinale et crurale qui a été dressée par la société des bandagistes de Londres, et une autre que nous empruntons à M. le professeur Cloquet :

La Société des bandagistes herniaires de Londres a trouvé :

Sur 4070 cas de hernies inguinales. . . .	hommes 4036	côté droit. . . .	2567.
		côté gauche. . .	1469.
	femmes. 34	côté droit. . . .	20.
		côté gauche. . .	14.
Et sur 595 cas de hernies fémorales. . . .	hommes. . . .	côté droit. . . .	47.
		côté gauche. . .	38.
	femmes. . . .	côté droit. . . .	264.
		côté gauche. . .	246.

La nouvelle Société a estimé que le rapport des hernies inguinales du côté droit était à celles du côté gauche comme 51 est à 34; et que ce même rapport était pour les hernies crurales comme 19 est à 11.

Je joins ici le relevé des hernies examinées par M. J. Cloquet.

Hernies 457	*inguinales* 289	externes 203	hommes. 173	côté droit. . .	94.
				côté gauche. .	79.
			femmes. . 30	côté droit. . .	11.
				côté gauche. .	19.
		internes 86	hommes. . 74	côté droit. . . .	39.
				côté gauche. .	35.
			femmes. . 12	côté droit. . . .	8.
				côté gauche. .	4.
	crurales. . . . . 134.		hommes. 55	côté droit. . . .	33.
				côté gauche. . .	22.
			femmes. 79	côté droit. . . .	54.
				côté gauche. . .	25.
	ombilicales et de la ligne blanche.			hommes	3.
				femmes.	21.
	sous-pubiennes. . . . 10		hommes. 2	côté droit. . . .	2.
				côté gauche. . .	0.
			femmes. 8	côté droit. . . .	5.
				côté gauche. . .	3.

Ainsi, sur le nombre de 457, il y a.	Sexe.	hommes. . . . . 307.
		femmes. . . . . 150.
	côtés.	droit. . . . . 246.
		gauche. . . . . 187.
	ligne médiane.	24.

Diagnostic. La présence d'une tumeur au pli de l'aine, voilà le signe essentiel et indispensable, sans quoi personne n'osera dire qu'il y a hernie crurale. Mais cette tumeur peut-être plus ou moins près de l'une des épines iliaque ou pubienne, plus ou moins grosse, et plus ou moins rapprochées des tégumens; elle peut être de figure cylindrique, ou globulaire, ou *marronnée;* paraître avoir son siége au dessus, au dessous ou au niveau de l'arcade crurale. Elle est quelquefois dure, bosselée, résistante, ou bien pâteuse, molasse, élastique. Elle peut s'être formée subitement et d'un seul coup, ou bien avoir menacé quelque temps avant d'avoir apparu. Enfin elle est quelquefois indolente, mais quelquefois aussi le siége de douleurs violentes et la cause de symptômes éloignés plus ou moins fâcheux.

Au milieu de tous ces caractères quels sont les plus communs? ceux-ci : *tumeur de volume et de consistance variables, siégeant au dessous de l'arcade crurale, a un ou deux doigts environ de l'épine pubienne, assez près de la peau si le sujet est maigre, assez loin s'il est gras.* Le gonflement de la tumeur dans la station, pendant les efforts de toux, etc., n'est pas un signe pathognomonique. Comme confirmation de ces caractères, on doit se rappeler le sexe du sujet, s'informer des actes, des efforts etc., qu'il a pu faire, des attitudes qu'il a pu prendre, etc., etc.

Pour ceux qui ont quelque usage des lieux et des choses la *reconnaissance* de la hernie crurale est chose assez sûre et facile. Il ne faut pas croire pourtant qu'il n'y ait pas dans la structure même des parties de nombreuses causes d'erreur. D'a-

bord, elle peut, n'étant que très petite être cachée derrière l'arcade, y demeurer invisible et n'en exister pas moins, n'en pas moins produire ses symptômes et causer ses dangers; on peut la confondre surtout chez la femme, avec une hernie inguinale; la prendre pour des ganglions de l'aine, ou réciproquement, prendre un ganglion pour elle.

Les exemples de cette sorte d'erreur sont nombreux, et il ne faut pas croire qu'il n'y ait que les *apprentifs* qui les aient commises.

Traitement de la hernie crurale. Pour bien appliquer le traitement de la hernie crurale, il faut la considérer dans trois états divers:

1° Ancienne, s'étant formée et accrue progressivement peu à peu, et comme spontanément sans avoir causé que des accidens légers, ou nuls, ou passagers.

2° Récente, subite, produite par un effort, une secousse, une chute, etc., et s'accompagnant des symptômes locaux ou sympathiques plus prononcés, mais qui n'inquiètent pourtant pas assez pour qu'on doive désespérer de la réduire sans recourir aux grands moyens.

3° Formée depuis un temps assez court, mais résistant à tous les moyens de réduction, sagement et méthodiquement combinés.

1° *Hernie crurale ancienne.* La plupart d'entre elles doivent être laissées pour ce qu'elles sont, sans traitement autre que quelques précautions d'instinct et de bon sens que les malades savent eux-mêmes appliquer, et dont ils ont depuis long-temps l'habitude. Ainsi le plus souvent les grosses *descentes* des vieillards sont simplement soutenues et protégées ou par un brayer ou par quelqu'autre bandage, ou bourse, ou suspensoir. D'autres fois même, ceux qui sont affligés de cette infirmité sont si bien accoutumés avec elle qu'ils la *gouvernent* sans s'aider de quoi que ce soit.

Les moindres recherches d'anatomie pathologique font voir d'ailleurs, que la réduction des vieilles hernies serait souvent impossible, à cause des adhérences mutuelles de ses élemens, et l'expérience apprend qu'il serait même dangereux de vouloir l'obtenir, quand les organes sortis du ventre depuis long-temps ont perdu, comme on dit, leur *droit de domicile.*

Nous ne parlons pas de la cure radicale des vieilles hernies, par la *cautérisation du sac entier* qui la renfermait, par la *compression, la ligature* ou la *suture de son collet, la scarification* de sa paroi antérieure. Ces moyens ne sont plus en usage, et n'ont pas été délaissés sans motifs. M. Jameson, enseignant à boucher l'anneau crural, avec une pièce de tégumens, n'a pu se faire écouter; et le procédé de M. Belmas, qui a au moins le mérite d'être singulier et original, n'a pas encore été, que nous sachions, sérieusement expérimenté.

2° *Hernie récente réductible.* La réduction d'une hernie récente, doit se faire le plus tôt possible et tout ce qui peut la favoriser doit être employé non pas successivement mais *à la fois.* Les moyens généraux de réduction peuvent se réduire à quatre, que nous plaçons, à dessein dans l'ordre suivant : la position, le maniement ou le taxis, la compression, et les *médications.*

La position. Le simple bon sens a dû indiquer aux malades ce qu'ils pouvaient attendre de soulagement et de secours d'une situation et d'une attitude données, et la plupart sauraient prendre la meilleure, quand même on ne la leur indiquerait pas.

La meilleure de toutes sera celle dans laquelle la cavité du ventre tendra à s'agrandir dans le sens opposé à l'ouverture de sortie; dans laquelle les viscères herniés se sont le plus fortement sollicités au *retrait*; dans laquelle les douleurs et les tiraillemens causés par la *descente* et l'astriction de ces viscères sera la moindre possible; dans laquelle le taxis sera le plus facile et le plus efficace. Or, pour obtenir ces différens effets, faut-il faire dresser le sujet le long d'un mur, les pieds en haut, la tête en bas, et le maintenir quelque temps dans cette position gênante? ou le faire charger sur le dos d'un homme robuste qui pliera sur ses épaules les jarrets du malade et le secouera modérement? ou simplement le placer sur un lit, la tête et les genoux relevés de manière à tenir relâchés les muscles abdominaux?

Cette troisième position, qui est la plus simple, est aussi la meilleure et presque la seule que l'on emploie aujourd'hui.

Taxis. Cette opération consiste à toucher, à manier, à malaxer la tumeur herniaire, de manière à la faire rentrer dans le ventre par l'ouverture crurale; elle s'accompagne toujours de *la compression.* On parle dans tous les traités des axes du canal crural, suivant lesquels la hernie est sortie du ventre, suivant lesquels elle doit y rentrer par le taxis. Il est permis de douter que ce précepte doive être révéré et que les praticiens cherchent à le suivre dans tous les cas; car, 1° il est très douteux que cet axe soit représenté, comme on le dit, par une ligne brisée dirigée d'abord d'arrière en avant, puis de haut en bas, enfin de nouveau d'arrière en avant de manière à former un Z; et 2° quand même il en serait ainsi, le précepte serait d'une observation presque impossible.

Manier doucement la tumeur, tantôt du bout du doigt, tantôt de la paume de la main; tantôt d'une main seule, tantôt des deux mains la *comprimer* doucement en la dirigeant vers l'ouverture qui l'a laissée passer : voilà les préceptes que nous avons ouï donner par les grands maîtres, que nous avons vu suivre par ceux qui les donnaient, que nous avons suivis et que nous suivrons toujours.

Médications. Quand la position, le taxis et la compression exercée avec la main *ou autrement*, n'ont pas réussi, on a recours alors aux moyens médicamenteux, aux émissions sanguines, à l'application du froid, etc., etc., etc. Ainsi, la saignée, le bain général tiède, l'application d'eau glacée, de compresses opiacées, la fumée de tabac, etc.; les frictions astringentes, l'électro-poncture, etc., etc., ont quelquefois, dit-on, réussi. Tous ces moyens doivent être tentés avant d'aller plus loin, mais il ne faut pas s'aveugler sur leur effet, ni perdre trop de temps à l'attendre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Dr. Jacques Lebaudy.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° III. — NOVEMBRE. 1834.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. SUR L'EAU COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE.

Ce texte est un grand sujet de dissertation médicale et d'observation clinique, plusieurs articles de votre journal me paraissent devoir rappeler l'attention des médecins sur l'emploi de l'eau. Je viens joindre mon tribut, comme praticien, aux travaux par lesquels vous procédez à une grande œuvre scientifique ; je vous l'offre, messieurs les rédacteurs, en signe de ma gratitude pour les services que vous rendez à la médecine, par l'indépendance que vous laissez aux idées des auteurs, la bonne foi de vos rédactions, et par le désintéressement de vos publications.

1. *De l'eau contre les affections externes.*

Quel peut être le mode d'action de l'eau employée comme topique contre les affections externes? Elle n'est pas un antiseptique dans le sens ordinaire attaché à ce mot; elle entrave, elle arrête le développement des propriétés vitales par la réfrigération, et en même temps elle nettoie la plaie, et par conséquent empêche toute résorption purulente, ce qui est d'une grande importance dans le traitement des grandes plaies, de celles surtout qui succèdent aux opérations chirurgicales.

Il faut suivre certaines règles dans l'emploi prolongé de l'eau froide. Ainsi, chez un sujet pléthorique dont la santé n'était altérée par aucune atteinte antérieure à l'accident, saignée abondante le premier jour, boissons acidulées et froides, diète absolue, applications continues d'eau froide sur les parties; c'est surtout du deuxième au troisième jour que l'orgasme est le plus actif et qu'il nécessite une grande exactitude dans la continuité de ce moyen, qu'il faut appliquer dans un rayon assez grand autour de la partie malade. Cette période dure quelquefois neuf et même douze jours. On reconnaît qu'elle est cessée, quand le malade commence à ressentir quelque refroidissement local, que les battemens n'existent plus avec force dans les artères aboutissant à la partie lésée, quand il supporte une légère compression sans qu'il en résulte une sensibilité plus vive que dans l'état ordinaire. Il faut alors cesser ou diminuer les applications froides. Tant qu'elles sont nécessaires, leur besoin se fait sentir aux signes suivans, *la chaleur du lieu malade se communique aux parties qui le recouvrent et l'eau se vaporise rapidement.* Il faut surtout éviter de les laisser dessécher l'appareil, car la méthode du refroidissement serait plus nuisible qu'utile, et c'est à cette condition seule d'une humidité et d'un degré de froid à peu près égal qu'est attaché l'heureux résultat de ce mode de curation.

Quand la suppuration est établie, il convient de cesser tout à fait ou en partie les applications: on commence par circonscrire davantage et arroser moins souvent. Il arrive quelquefois, surtout chez des sujets opposés par tempérament à celui que nous venons de citer, que les applications froides causent de graves accidens locaux et généraux, ne tendant à rien moins qu'à la gangrène; dans ce cas, la diète sera moins absolue, les boissons froides seront moins abondantes, ou corrigées par quelque infusion de violette, de tilleul, de fleur d'oranger. La période d'orgasme se termine à coup sûr le septième ou le neuvième jour. Quelquefois même un état de *stupeur locale* commence à se manifester à cette dernière époque; ce sont *des fourmillemens, de l'engourdissement, un froid profond dans la partie soumise à la réfrigération*; le gonflement se passée mais il y a perte d'élasticité dans les parties molles; elles *sont plissées, affaissées,* un peu *œdématiées*, la suppuration, s'il y en a, est moins belle. Quelques phénomènes généraux surviennent. Le malade éprouve *des syncopes, un frisson général et interne; il a de la morosité, des phénomènes d'ataxie atonique.* Mais cela n'a rien de grave, faites usage d'eau vineuse, de quelques cuillerées d'une potion légèrement excitante et sucrée, des frictions douces sur la partie réfrigérée avec un liniment huileux camphré et éthéré, de linges secs non chauffés, dans la journée les accidens seront dissipés : vous continuerez alors les pansemens secs que vous auriez dû commencer deux jours plus tôt.

Chez un sujet nerveux, après ces accidens graves qui impriment une violente commotion et doivent donner naissance aux accidens pour lesquels l'eau froide est employée, la saignée est utile selon des circonstances très variables; car il est tel sujet nerveux dont les accidens se traitent à coup de lancettes, et tel autre par les calmans tant hygiéniques que pharmaceutiques; en toutes circonstances ces derniers doivent toujours être employés : les applications froides sont très bien supportées par les sujets de cette espèce, mais l'opium leur est utilement adjoint tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Des considérations d'âge sur lesquelles il est inutile d'insister, amèneront quelques modifications dans la durée des applications froides.

Je n'ai pas vu que la poitrine de quelques sujets délicats se soit jamais irritée de ce moyen;

Le cas de flux menstruel mériterait aussi

quelques égards, si toutefois déjà il n'était pas supprimé par la brusque venue de l'accident contre lequel notre moyen est ordinairement appliqué. La saignée d'ailleurs en ferait raison et puis on pourrait commencer les applications par de l'eau tiède pour arriver insensiblement et bientôt à l'eau froide. Après ces données générales qui sont le fruit de mon expérience, je vais rapporter quelques faits.

1re Observation. — *Déchirement des parties tendineuses de la région sous-métacarpienne de la main droite, mâchure de la paume de la main et de l'avant-bras par les engrénages d'une machine à ouvrer le coton.*

M. R*** se laisssa prendre la main droite dans les pièces d'une machine en mouvement, arrêtée à temps. La lésion se borna à l'arrachement de la peau de toute la partie supérieure de la main, à la dénudation, au déchirement en long des tendons extenseurs et de leurs aponévroses. La paume de la main offrait quelques plaies contuses, ainsi que l'avant-bras. La nature de cette lésion était propre à déterminer une inflammation très violente et très douloureuse, vu l'état des tendons qui se trouvaient arrachés dans la moitié de leur épaisseur. Je relevai la portion de peau qui était décollée, je coupai les lambeaux de tendons qui flottaient dans la plaie, je la lavai des ordures qui la souillaient, je mis un linge fin et une bande pour maintenir un simple contact sans viser à une réunion immédiate, et je plongeai la main et l'avant-bras dans un baquet d'eau. Des linges assez épais furent maintenus autour des parties blessées; le tout était incessamment plongé dans le baquet ou arrosé. Le malade, d'un tempérament nerveux-sanguin, âgé d'une trentaine d'années, d'une bonne constitution, ne fut pas saigné, il observa quelques jours de diète; le pansement ne fut refait que le troisième jour, un léger gonflement existait, sans inflammation; le doigt légèrement appliqué sur les parties et aux alentours occasionait de la douleur. Du reste, le malade pendant ce temps n'avait éprouvé rien autre chose que la sensation pénible d'une impression froide, trop forte dans les premiers momens de l'immersion prolongée: quand elle fut remplacée par l'aspersion ou l'imbibition, il n'éprouva plus rien qu'un sentiment très tolérable comme de fluxion. Après ce premier pansement, nous restâmes encore quatre jours à faire des aspersions, environ toutes les heures. Le malade savait en distinguer le besoin par une espèce de chaleur mordicante devenait moindre à mesure que le temps s'écoulait. Au septième jour nous fîmes des pansemens simples, avec un léger digestif et la charpie mouillée, matin et soir. Une partie de la peau s'était réunie, une autre partie s'était gangrénée, ainsi que quelques lambeaux de tissu cellulaire; nous n'eûmes dès lors qu'une plaie simple qui marcha sans entraves à sa cicatrisation.

2e Observation. — *Fracture compliquée.*

Mademoiselle G*** reçut sur la jambe gauche un corps très lourd qui lui fractura les os à leur partie inférieure, le péroné à l'union de la tête avec son corps, le tibia à l'apophyse malléolaire, qui resta attachée à l'astragale; le pied fut fortement luxé, repoussé en dessous, et, en haut, les os de la jambe percèrent les parties molles et sortirent d'environ trois pouces. Après la réduction des parties qui furent maintenues en place dans un appareil particulier, que je disposai à l'instant de telle sorte que, par des pièces mobiles, je découvrais la plaie pour la panser, sans rien déranger à l'ensemble ni à la solidité de mon appareil. Tout étant en place, je fis arroser l'appareil de quelques litres d'eau froide. Le sujet lymphatique, à peine remis d'une longue maladie antérieure, était âgé de dix-neuf ans. Je lui fis une petite saignée, lui donnai pour boisson du petit-lait avec du sirop de gomme, et le soumis à une diète rigoureuse. La partie blessée était très douloureuse; je m'attendais à des accidens formidables; malgré les aspersions continuelles et copieuses, une grande chaleur locale se développa dans la journée, je donnai le soir un peu de sirop diacode; il n'y avait pas de fièvre, mais de l'agitation. La nuit ne fut pas mauvaise, la chaleur persistait toujours à un haut degré, après quelques minutes d'arrosement les linges d'appareil étaient chauds et fumans. Une agitation particulière provoquait des espèces de soubresauts qui excitaient dans la partie des douleurs très vives: hors ces momens là, il n'y avait qu'une sensibilité très supportable; cette incandescenee dura quatre ou cinq jours pendant lesquels les mêmes moyens furent toujours continués; chaque nuit on donna un peu de sirop diacode. La chaleur se tempéra, la sensibilité diminua, la malade, le septième jour, n'était plus à une diète sévère; je redoutais tellement les accidens qui m'avaient menacé que je continuai toujours sur toute la jambe une aspersion aussi continue; de demi-quart d'heure en demi-quart d'heure, on versait deux litres d'eau de fontaine sur l'appareil, je faisais mon pansement de la plaie matin et soir par la porte que j'avais ménagée à mon appareil: tout allait bien. Je n'avais pas découvert la jambe depuis le quatrième jour, nous étions au neuvième. La malade éprouva des syncopes dans la journée, des bouffées de chaleur, du frisson; déjà les jours précédens elle m'avait parlé de frémissement dans la jambe et de froid, je m'en applaudissais, tant j'étais préoccupé de la gravité de l'inflammation; mais, à l'apparition de ces accidens généraux, je défis l'appareil. Je trouvai le membre très froid, d'un blanc terne tirant sur le bleuâtre, la peau affaissée; il n'y avait plus de sensibilité, je fis une friction d'eau de Cologne et pansai à sec. La suppuration n'avait pas été sensiblement modifiée ou n'avait pas semblé l'être. Je donnai un peu de vin pur, et une potion où entrait le sulfate de quinine et l'éther. Les phénomènes de gangrène se dissipèrent, la jambe se réchauffa convenablement, elle s'œdématia un peu, je fis des embrocations d'eau de sureau tiède, animée d'eau-de-vie, et tout rentra promtement dans l'ordre. Les pansemens se continuèrent comme pour une plaie simple, à partir du quinzième jour de l'accident qui rentra dans le cas des fractures ordinaires. Ici se termine ce qui a rapport à la médication par l'eau froide. On voit que le plus heureux succès l'a suivie, et qu'il s'en fallut peu

qu'elle ne devînt funeste : cet exemple doit rendre circonspect le médecin qui recourt à ce moyen héroïque contre les inflammations les plus intenses.

3e Observation. — *Luxation du gros orteil avec sortie du premier os du métatarse à travers un déchirement des parties molles de la plante du pied droit.*

M.***, gendarme, en tombant de cheval eut le gros orteil renversé en dessus. Les parties molles de la plante du pied en furent tellement distendues qu'elles se déchirèrent sur la tête de l'os du métatarse et laissèrent échapper celui-ci de plus d'un pouce. Le malade éprouva, pendant plus d'une heure, de la part de ses camarades les efforts les plus violens et les plus douloureux pour obtenir la réduction du pouce ; son courage et ses forces en étaient épuisés quand je le vis, il était dans une irritation de douleurs difficile à dépeindre, allant presque jusqu'aux convulsions. Il ne voulait plus qu'on touchât son pied ; enfin je le rassurai et il me laissa agir, en un instant la réduction fut opérée. Je fis la réduction de la manière suivante :

Je saisis l'orteil à pleine main, en appuyant les deux pouces sur la tête de l'os sorti des chairs, ceux-ci le maintenaient en poussant dessus, tandis que la main entraînait l'orteil dans la même position où il se trouvait, je le renversai même encore un peu, afin de saisir le moins de peau que je pourrais ; il arriva facilement au niveau de la tête de l'os : alors je lui fis faire la bascule pour le remettre dans sa direction et position naturelle, en même temps je reportai la tête de l'os en haut. Toute cette manœuvre se fit presque sans douleur et sans peine.

Le pansement ne fut rien, une attelle plantaire, un coussinet de charpie, quelques compresses et une bande pour le pied, une autre pour l'orteil : et le pied fut supporté en dehors du lit pour être continuellement arrosé. Le blessé était un homme de vingt-six ans, fort, sanguin, chez lequel les douleurs violentes, dans les premiers efforts de réduction, avaient laissé une irritation nerveuse très exaspérée ; il faisait chaud, le tétanos était à craindre. Je fis une copieuse saignée, dès que le malade fut convenablement couché et pansé. Le soir, je renouvelai la saignée et j'administrai de l'opium par deux grains de quatre en quatre heures ; diète sévère. Les aspersions froides furent exactement faites, les phénomènes locaux ne s'élevèrent point à l'inflammation, il y eut seulement du gonflement dans tout le pied et à la partie supérieure de la jambe ; la douleur était modérée et se manifestait seulement quand on faisait quelque attouchement, il ne survint pas de fièvre. Le deuxième et le troisième jour, le malade éprouva dans un bras, dans la mâchoire et dans le pharynx quelque roideur qui ne fut qu'une démonstration tétanique. Je mis quelques sangsues au col, et continuai l'opium, j'en fis dissoudre dans la fomentation dont on arrosait le pied. Au sixième jour, nos lotions étaient restreintes à des linges mouillés trois fois par jour dont on enveloppait le pied ; nous cessâmes peu à peu l'opium, notre diète devint moins sévère. Au douzième jour, plus d'accidens à craindre ; régime et pansement des plaies simples jusqu'à cicatrisation parfaite.

4e Observation. — Un ouvrier fileur, de vingt-cinq à trente ans, eut un bras pris dans une mécanique qui lui brisa en esquilles les trois derniers doigts et les os correspondans d'une main, intéressa l'indicateur et le pouce, couvrit de hachures plus profondes tout l'avant-bras. Je désarticulai les os brisés du métacarpe d'avec le corps ; je conservai l'indicateur et le pouce, j'établis un bandage convenable pour rapprocher la peau des deux surfaces de la main, et enveloppai le tout jusqu'au coude avec des linges doux graissés de cérat. On plongea incessamment le membre dans un vase d'eau froide ordinaire. Le malade fut mis à la diète et à la limonade ; il eut, le premier jour, un frisson général qui dura deux heures, pendant lequel le bras ne fut pas arrosé, mais resta enveloppé de ses linges. On donna une infusion de tilleul tiède, la chaleur se rétablit avec fièvre légère, je saignai. Le lendemain plus d'accidens généraux, le malade continua ses bains froids avec assiduité pendant dix jours, la plaie et les déchirures allaient bien ; mais les dernières phalanges de l'indicateur devinrent froides, elles se flétrirent, je les enveloppai d'eau-de-vie camphrée ; elles furent entièrement sphacelée, je les amputai ; cependant le malade porta des linges mouillés matin et soir pendant une vingtaine de jours, car il y eut long-temps de la tension autour de l'articulation du poignet et de l'avant-bras ; mais ici, comme dans les cas précédens, il n'est point survenu d'inflammation, de fièvre ni de douleur notable, le malade se levait le quatrième jour ; la perte des deux phalanges de l'indicateur tient et à la plaie qui intéressait l'artère d'un côté, et peut-être aux lotions froides.

5e Observation. — *Amputation d'un sarcocèle.*

Le nommé Q*** portait un sarcocèle que je dus opérer, le pansement fut simple, ordinaire et sec. Le malade remis dans son lit se trouvait assez bien. Cinq à six heures après l'opération, il commença à souffrir dans le trajet du cordon ; les douleurs s'exaltèrent promptement, on vint me chercher ; quand je revis le malade il était sans fièvre, il avait le pouls serré, ses traits crispés annonçaient une grande douleur, la pression dans la région hypogastrique du côté opéré était insupportable. Je ne défis rien au bandage, seulement je mouillai les compresses avec de l'eau froide vinaigrée, j'en appliquai sur le bas-ventre et les fis retremper dans l'eau vinaigrée de cinq en cinq minutes. En moins de deux heures les violentes douleurs qui s'étaient manifestées furent dissipées, on continua de tenir des linges froids sur le ventre pendant la nuit, et le lendemain le malade n'éprouvant plus rien on reprit les compresses sèches ; aucun autre symptôme d'inflammation ne s'est présenté dans la suite. Le malade a très bien guéri, la plaie suivant la marche ordinaire d'une blessure simple.

J'accumulerais ici vainement d'autres faits pour prouver tous les bienfaits de l'emploi de l'eau froide contre des accidens inflammatoires

inévitables par tout autre moyen. Les saignées, les émolliens modéreront une inflammation, mais ne l'empêcheront pas de se développer aussi bien que cette continuité de l'application d'un réfrigérant de l'espèce dont il s'agit. Car je ne voudrais pas qu'on fît usage de la glace dans les mêmes cas, elle repousse trop toute réaction et jette plus vite dans la stupeur qui gangrène. J'aurais à citer des cas graves de plaies d'armes à feu, de grandes opérations chirurgicales, des contusions violentes portant sur des organes intérieurs toujours avec un résultat aussi heureux. Je regarde ces citations comme un luxe inutile; ce que j'ai rapporté suffira pour appeler l'attention des praticiens sur un moyen qui doit leur procurer des succès inattendus en pareils cas. J'ai choisi à dessein les seuls où j'aie eu des signes d'asphyxie locale par le froid. Dans un prochain article, je dirai quelles affections anciennes guérissent, aussi sûrement et aussi promptement, par l'eau froide employée en applications, mais surtout en lavages. CHRISTOPHE, *D. M.*

II. ÉPIDÉMIE DE LA SALPÊTRIÈRE.
(2e article.)

Les observations suivantes vont nous montrer l'affection du tube digestif se prononçant davantage, et acquérant de plus en plus d'importance dans l'histoire de l'épidémie.

Observation VIII. — Une vieille femme de quatre-vingt-trois ans, très décrépite, éprouvait depuis huit jours des frissons irréguliers qui avaient ouvert la scène, des étourdissemens, de la céphalalgie, une grande prostration, de la toux, quand je la vis à l'infirmerie le 19 mars. Tous les symptômes persistaient, elle pouvait à peine se tenir sur son séant; la face était rouge. Elle avait eu des nausées les deux jours précédens; la langue était blanche et humide, la soif vive, l'appétit nul. Epigastre douloureux, constipation; crachats peu abondans, insignifians; pouls fréquent, régulier, peu développé; peau chaude et un peu sèche. La respiration était pure et assez forte surtout; les battemens du cœur à l'état normal. — Limonade gommée; cataplasme sur le ventre; deux lavemens; bouillon. — La malade ne dormit pas la nuit suivante. Le lendemain, l'abattement était plus considérable, la céphalalgie violente; le ventre douloureux partout, notablement météorisé; pas de selles. Pouls très fréquent, très petit; pas d'expectoration; râle crépitant en bas et en arrière des deux côtés. — Vésicatoire sur le thorax; bain de pieds sinapisé. — Le 21, l'affaissement est extrême; une espèce de duvet grisâtre recouvre l'entrée des narines; bouche entr'ouverte, voix presque éteinte; les yeux se ferment dès qu'on cesse de fixer l'attention; pas de délire. Langue très sèche, brunâtre sur la ligne médiane. Les nausées ont reparu; la douleur du ventre est tellement vive et s'exaspère avec une telle facilité par la pression qu'on soupçonne une péritonite: les intestins météorisés se dessinent à travers les parois abdominales. On ne voit pas de sudamina, mais, vers la partie inférieure du ventre de, petites rougeurs linéaires qui ne suivent en aucune manière le trajet des vaisseaux. Il y a toujours de la constipation, les urines coulent involontairement. Le pouls est plus plein, plus dur, la peau chaude. On n'ausculte pas le thorax, dans la crainte de fatiguer la malade. — On applique vingt sangsues à l'anus. — Elle meurt le 22, à deux heures du matin.

En raison de la putréfaction prompte des cadavres et du grand nombre d'autopsies, M. Piedagnel, chargé du service par intérim, demande et obtient l'autorisation de faire deux ou trois ouvertures avant l'expiration des vingt-quatre heures. Celle-ci fut faite sept heures seulement après la mort. Le cadavre était encore très chaud surtout à l'intérieur. — Thorax. Rien à noter dans le péricarde. Les fibres musculaires du cœur, comme dans un état de contraction permanente, tendues sous le doigt qui les presse, sont partout très colorées, et sablées en outre d'une foule de petits points d'un rouge beaucoup plus vif. Mais vers l'angle de réunion de la partie postérieure du ventricule gauche et de la cloison, les fibres se décolorent insensiblement, revêtent une teinte un peu jaunâtre, à mesure qu'elles prennent une consistance beaucoup plus ferme, et dégénèrent ainsi graduellement en un tissu dur, de texture fibreuse, d'un blanc nacré au centre, et dans lequel se reconnaissent encore çà et là quelques restes de tissu musculaire non encore entièrement dégénéré. Cette transformation organique qui, en dedans, va jusqu'à la membrane interne, est éloignée au contraire de la superficie du cœur, par une couche muqueuse épaisse de deux lignes, d'un rouge uniforme plus intense que partout ailleurs. La surface interne de l'oreillette *gauche* offre une *teinture* rouge plus foncée que celle de la droite. Les quatre cavités contiennent du sang noir, mais dans cette dernière, on trouve un gros caillot fibrineux, très intriqué dans les colonnes charnues auxquelles il adhérait par une membranule excessivement fine, sans traces d'organisation, et baignant dans du sang noir tout à fait liquide, chaud et encore fumant. Aucune rougeur de la veine cave et de l'aorte; mais on trouve sous la membrane interne de celle-ci quatre à cinq ecchymoses de la largeur d'une pièce de cinq sous occupant une partie de l'épaisseur de la tunique moyenne. Rougeur brune des bronches d'autant plus intense qu'on approche des plus petits rameaux. Le lobe inférieur de chaque poumon offre un mélange très varié de ramollissement rouge et de ramollissement gris. Là où existe la première lésion, on voit, comme à l'ordinaire, de grosses granulations d'un blanc sale que le grattage enlève avec une extrême facilité en même temps qu'une couche d'un pus épais et légèrement sanguinolent. La seconde lésion, au contraire, est constituée par un tissu non granulé, plutôt splénisé qu'hépatisé, d'un rouge vineux et très ramolli. — Abdomen. — Rien à noter sur le péritoine; aucune trace d'épanchement. La muqueuse gastrique est partout très légèrement rosée. On remarque sous elle un développement considérable de quelques follicules de Brunner qui éjaculent, quand on les incise, un liquide blanchâtre, un peu trouble. La première portion des intestins grêles offre par places une injection très prononcée des petites veines sous-

muqueuses, et la portion inférieure un boursoufflement notable de huit à neuf larges plaques de Peyer, saillantes d'un quart de ligne, non ulcérées, entourées d'une injection plus vive que dans le reste de cet intestin. Un grand nombre de follicules de Brunner sont aussi plus développés que de coutume, et on voit des vaisseaux très finement dessinés ramper directement vers quelques uns d'entre eux. L'intérieur du cœcum est en grande partie recouvert de fausses membranes, peu épaisses, grisâtres, disposées par plaques, dont chacune recouvre une ulcération très superficielle, dont les bords surtout sont d'un rouge très foncé. Les gros intestins, sans rougeur, contiennent beaucoup de matières dures, très divisées. Le foie est un peu gorgé de sang et ramolli. La substance corticale des reins est fortement piquetée de rouge, et la tubuleuse seulement plus colorée que de coutume. La rate est saine et de consistance ferme.

J'ai rapporté cette observation avec détail à cause de certaines particularités qui m'ont paru importantes et sur lesquelles je vais revenir. Mais, pour ne pas perdre de vue notre sujet, commençons par celles qui ont rapport au poumon, et disons tout de suite que l'époque du développement de la phlegmasie, les traces de cette phlegmasie, après la mort, indiquent également qu'elle est consécutive à l'affection intestinale, puisque, d'une part, la respiration est pure le jour d'entrée, et que, d'autre part, le tissu pulmonaire, dans les points où il n'est pas arrivé au degré de ramollissement blanc, offre, aux parties déclives, cet aspect et cette consistance qui se rapportent évidemment à la pneumonie hypostatique. Quant aux ilôts disséminés d'hépatisation blanche, ils sont le résultat d'une inflammation plus franche et plus avancée, consécutivement développée sous l'influence de la stase sanguine, comme cela se remarque dans tous les autres tissus. Seulement s'il en est ainsi, je ferai remarquer avec quelle rapidité la phlegmasie a parcouru ses périodes, puisque deux jours lui suffisent pour arriver à la suppuration. Cette rapidité est telle que, si je l'avais observée chez un jeune sujet, j'aurais pensé que la phlegmasie du poumon existait dès le premier jour, et n'avait pas été révélée par les signes ordinaires de l'auscultatation. Mais il s'en faut bien que ce fait soit le seul de ce genre que je puisse citer chez les vieillards. L'hiver dernier qui a été ici fécond en pneumonies m'en a offert de nombreux exemples, et rien ne m'autorise à faire une exception du cas dont il s'agit. Au reste, ce n'est pas là mon objet principal. Je veux surtout appeler l'attention sur le degré d'importance que commencent à prendre les lésions intestinales. Aussi voyez-vous, dès le début, les nausées, la soif ardente, la douleur épigastrique annoncer la localisation morbide. Mais n'oublions pas que plus tard, ces douleurs s'étendent à tout l'abdomen, qu'elles y prennent un caractère remarquable d'acuité qui fait soupçonner une péritonite, et que le péritoine est trouvé sain à l'autopsie. Ce caractère ne doit guère nous étonner, puisque nous l'avons vu, quoique moins marqué, indépendant de toute lésion organique, chez la malade de la troisième observation. A Dieu ne plaise pourtant que je veuille insinuer que la proportion des traces de phlegmasie ne représente jamais exactement celle de l'irritation qui lui a donné naissance. J'observe une maladie *épidémique*, une maladie que je ne crois pas bornée aux organes trouvés malades après la mort; je conclus pour elle seule, et me renferme dans le cadre où je suis placé.

Le cœur était-il dans un état de phlegmasie? ou bien, sa rougeur, la contraction de ses fibres tenaient-elles à ce qu'il touchait encore de trop près à la vie, si je puis ainsi dire, quand l'autopsie fut faite? C'est une question qui serait difficile à résoudre, si je n'avais à faire remarquer que la rougeur dont je parle existait chez la plupart des femmes dont l'autopsie fut faite même vingt-quatre, ou trente-six heures après la mort, qu'elle manquait au contraire chez une autre autopsiée presque aussitôt que morte, à *six heures* seulement d'intervalle. La rougeur de l'oreillette gauche est encore à noter; mais semblable à une espèce de teinture et en contact avec du sang noir, elle ne donne pas la preuve irréfragable d'une inflammation; quoiqu'il ne soit pas déraisonnable d'admettre que l'imbibition sanguine ait été favorisée par le voisinage de la phlegmasie des fibres musculaires du ventricule gauche, en raison des changemens qu'elle doit apporter dans la texture et les rapports moléculaires des organes. Quant au caillot fibrineux trouvé dans l'oreillette droite et baigné dans du sang noir encore fumant, il prouverait, si ce fait avait besoin de l'être, la possibilité de la coagulation du sang dans les cavités du cœur pendant la vie.

Enfin, je note comme circonstance importante, les ecchymoses de l'aorte, dans une maladie dont l'adynamie est le principal caractère.

Observation. IX. — La nommée Anne Gilet, âgée de soixante-dix ans, était dans un état de santé excellent le 10 mars, quand tout à coup, sans cause connue, elle est prise d'un vomissement bilieux abondant, qui dure toute la journée et s'accompagne d'une vive douleur épigastrique. Absence de diarrhée, de coliques; ni toux, ni point de côté. Ces symptômes disparaissent le lendemain; il ne reste que de l'inappétence, et une faiblesse musculaire considérable, qui force la malade à garder le lit pendant six jours consécutifs, après lesquels elle entre à l'infirmerie. Le 16 mars, couchée en décubitus, la tête renversée, la face pâle, les traits affaissés, indifférente à tout ce qui l'entoure, elle n'accuse qu'un abattement invincible, sans céphalalgie, et de la chaleur dans la poitrine. La langue est pâle et humide; la malade dit avoir faim; quelques nausées; peu de douleurs épigastriques à la pression; peu de selles depuis quatre jours. C'était au commencement de l'épidémie; il ne me vint pas à l'idée de rechercher s'il existait du météorisme; le ventre était indolent. — Petite toux à secousses, très fatigante. Trois ou quatre crachats dans les vingt-quatre heures, absolument sans caractères. Respiration haute, à trente-deux: pouls fréquent, intermittent, dépressible. La sonoréité est bonne en avant, et l'auscultation fait entendre un léger râle muqueux

disséminé, égal des deux côtés. En arrière, on n'entend qu'un gros runcus grave, extrêmement bruyant, égal dans tous les points. La percussion est difficile à pratiquer, parce que la malade mise sur son séant ne peut s'y tenir et tombe de côté et d'autre ; on saisit pourtant un peu de matité du côté droit. — Malgré la débilité extrême, on tente une application de vingt sangsues sur le côté droit du thorax ; synap. — Le lendemain, l'adynamie est telle qu'on craint de nuire à la malade par l'auscultation. Mort le soir à onze heures, sans signes de délire.

Autopsie 46 heures après la mort. — Tête. Injection des veines de la convexité des hémisphères ; le feuillet viscéral de l'arachnoïde est soulevé par l'infiltration sous-jacente d'un liquide clair et transparent. Légère sablure de toute la substance blanche, un peu plus intense vers l'extrémité antérieure des centres ovales. La légère teinte rosée qu'offre à l'état normal la couche profonde de la substance corticale est un peu plus vive qu'à l'ordinaire. — Poitrine. Tout l'intérieur des cavités thorachique et abdominale présente une sécheresse comme poisseuse des plus prononcées ; la graisse du médiastin surtout est dépourvue de toute humidité, comme friable et demi-congelée, analogue à celle exposée depuis long-temps dans les boucheries. Les deux feuillets séreux du péricarde sont adhérens dans toute leur étendue, mais cette adhérence se détruit avec une grande facilité, et il semble qu'en les tirant l'un et l'autre en sens opposés, on opère un simple décollement, après lequel il ne reste que quelques débris celluleux, de formation récente, bornés à une petite étendue. Les feuillets d'ailleurs n'offrent aucune autre trace de phlegmasie. La substance musculaire du cœur est colorée, sèche et poisseuse. Le poumon droit, dans toute l'étendue de son bord postérieur, est converti en une masse pesante, très friable, d'un rouge vineux fort intense, inégal, et comme boursoufflé à la coupe, ne pouvant être mieux comparé qu'à la rate, telle qu'elle fut trouvée chez ce même sujet. Cet engorgement est d'autant plus prononcé qu'on approche de la partie moyenne de ce bord postérieur, c'est-à-dire dans le point qui se trouve être le plus déclive pendant le décubitus dorsal ; et là aussi le poumon, plus dense, offre un mélange de ramollissement rouge et de ramollissement gris, tous les deux bien granulés, comme ils le sont dans les pneumonies ordinaires. Le bord postérieur du gauche est le siége des mêmes altérations, mais à un degré moins avancé, puisqu'il surnage et crépite partout, et n'offre aucune trace de suppuration. Rougeur vineuse des bronches et de la trachée. — Abdomen. La sécheresse dont nous avons parlé se remarque à un haut degré dans l'intérieur du foie, qui est d'ailleurs friable, gorgé de sang, et répand une odeur aigre extrêmement désagréable. Cette odeur est aussi très marquée dans l'estomac, dont la muqueuse est légèrement et uniformément rosée. Les deux tiers supérieurs des intestins grêles sont sains. A partir de là jusque dans le cœcum, ils contiennent beaucoup de matières molles, d'un vert d'herbes, et offrent un état remarquable d'une quinzaine de taches de Peyer, dont chacune, sans relief notable, est marquée par une foule de petits points noirs agminés, enfermés dans autant de petites auréoles rosées, très finement pointillées d'un rouge vif. Les plaques elles-mêmes étaient entourées d'une arborisation très déliée de la muqueuse ; celle-ci était saine dans leurs intervalles. Une altération semblable de quelques follicules de Brunner existait dans le cœur. Les colons et le rectum étaient vides et à l'état normal. La rate, très volumineuse, était comme nous l'avons dit en parlant du poumon. La veine cave était blanche à l'intérieur.

Cette malade est morte évidemment de pneumonie ; mais les antécédens, les caractères anatomiques, tout concourt à en établir le caractère hypostatique. Et nous voyons ici, bien manifestement, comment l'inflammation franche du poumon finit par en être la suite, dans les points où la congestion sanguine existe depuis long-temps. Ce sont donc encore les symptômes gastro-intestinaux qui ont la priorité, et ce n'est qu'après six jours de décubitus dorsal que la circulation se ralentit dans les capillaires des parties déclives du parenchyme pulmonaire. Je n'ai pas besoin d'insister sur cette sécheresse et cet état poisseux de tous les viscères ; sur cette odeur aigre de l'estomac et du foie, sans que rien dans le canal intestinal annonce un travail récent de digestion (la malade, d'ailleurs, avait été maintenue à la diète absolue), sur le volume et le ramollissement de la rate, phénomène important, depuis que M. Louis a fixé l'attention des observateurs sur l'altération de cet organe dans les fièvres typhoïdes. Tout cela se lie parfaitement aux lésions trouvées dans le tube digestif ; et, remarquez que nous avons déjà vu les follicules agminés beaucoup plus malades, et jamais les signes de putridité générale aussi prononcés que dans cette observation. Une autre remarque importante est la suivante ; nous avons déjà eu occasion de la faire tout à l'heure. Les gros intestins étaient sains et vides de fèces ; voilà ce qui explique l'absence de diarrhée. Mais les grêles, enflammés comme nous l'avons vu, contiennent des matières très molles ; or, si le sujet eût vécu quelque temps, que serait-il arrivé ? c'est que ces matières seraient descendues dans les colons, dans le rectum, auraient été expulsées ; c'est que la diarrhée, en un mot, serait survenue encore ici sans phlegmasie des gros intestins, ou que, si cette phlegmasie se fût développée par suite du contact de la matière irritante, on n'aurait pas manqué de prendre l'effet pour la cause.

Observation X. — Une femme, âgée de 67 ans, décrépite, fut reçue à l'infirmerie le 18 mars, se plaignant d'une faiblesse telle qu'elle ne pouvait se tenir debout, accompagnée de céphalalgie frontale sans étourdissemens. La face était rouge, les yeux injectés, la langue bonne, l'appétit nul, la soif vive. Il y avait quelques nausées, de la douleur épigastrique, de la constipation. Peu de dyspnée, toux sèche ; aucune douleur thoracique. Peau chaude, pouls dur, concentré, très fréquent, régulier. La poitrine resonne bien partout, la respiration est pure, les battemens du cœur forts et un peu éclatans. Cette femme me raconta que depuis quatre à cinq jours, elle avait perdu peu à peu

ses forces, éprouvant en même temps du coriza, de la céphalalgie, des étourdissemens, de l'inappétence, et que la veille elle avait été prise tout à coup de vomissemens verdâtres très abondans. On la mit aux tisanes rafraîchissantes et à la diète. — Le 20, la langue était devenue blanche; le ventre était partout sonore et légèrement sensible à la pression; une petite selle solide avait eu lieu la veille. Les symptômes sont si peu intenses qu'on n'ose, en raison de sa débilité, les attaquer énergiquement par les antiphlogistiques; on se borne aux cataplasmes sur le ventre. — Le 21, ils persistent au même degré. Je revois la malade à quatre heures du soir; elle est bien; le lendemain matin, la fille de salle la trouve sans connaissance, l'écume à la bouche; quelques instans après, elle est morte. Un vomissement avait eu lieu la nuit, et la constipation avait persisté les jours précédens.

C'est cette femme dont le cadavre fut ouvert six heures après la mort. J'ai déjà dit que le péricarde et le cœur étaient à l'état normal, tels qu'on les trouve ordinairement chez des sujets ouverts après vingt-quatre heures; il en était de même de l'aorte et des veines caves. Deux onces de sérosité existaient dans la plèvre gauche. Le sommet du poumon de ce côté contenait une grande quantité de matières crayeuses enkistées, et les deux feuillets séreux étaient unis dans ce point par des adhérences anciennes qu'on détruisait très difficilement. Le reste du tissu pulmonaire était sain. — Abdomen. — Une large ecchymose, véritable apoplexie sanguine, existe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Rien à noter sur la séreuse elle-même. La vésicule biliaire est encore transparente, et contient beaucoup de bile très claire; le foie est sain. La substance corticale des reins est très piquetée de sang, la tubuleuse teinte d'un rouge uniforme très intense. La muqueuse gastrique est très finement injectée le long de la petite courbure; les intestins grêles n'offrent qu'une légère injection diffuse dans leur tiers inférieur, au milieu de laquelle se remarque un relief assez notable de quatre à cinq plaques de Peyer, et un développement plus considérable d'un grand nombre de follicules solitaires, surtout aux environs de la valvule iléo-cœcale. Cette portion des intestins grêles contient un liquide verdâtre qui ne va pas jusque dans les colons; le reste du tube digestif est sain. — Tête. — Une demi-once de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde, sans injection spéciale. *Peu de sang* dans les veines de circonvolutions. La masse encéphalique, mise sur une table, s'affaisse considérablement; cet affaissement est dû à la mollesse extrême de la substance blanche, qui, loin d'être injectée, est au contraire sensiblement plus pâle que de coutume, très peu de sérosité dans les ventricules; pas d'autre altération de l'encéphale.

Si nous voulions trouver dans les organes une cause matérielle qui nous explique la mort, ce serait au cerveau que nous irions la demander; car tous ceux qui observent les vieillards savent combien il est fréquent de rencontrer chez eux les altérations pulmonaires dont j'ai parlé, dans les cas même où une maladie aiguë est venue les frapper et les emporter rapidement au milieu d'une santé aussi bonne que peut le permettre leur décrépitude. Quelle importance acquièrent ces deux onces de sérosité trouvées dans la plèvre gauche, lors même qu'elles se seraient épanchées pendant la vie, quand on en voit tous les jours des quantités énormes s'accumuler dans de vieilles poitrines, sans entraîner la mort, toutes les fois qu'une vive douleur ne vient pas épuiser le reste de forces organiques qui soutient encore une frêle existence? J'en dirai autant de l'inflammation des intestins; j'accorde bien que ces désordres ont pris une grande part à la terminaison fatale de la maladie, mais j'ajoute qu'ils n'ont acquis cette puissance d'action, que parce qu'ils ont trouvé l'économie dans un état de torpeur qui ne lui permettait pas de réagir contre les agens de sa destruction. Ce ne sont pas là des idées spéculatives; c'est l'expression vraie des phénomènes les plus saillans de cette observation. C'est donc plus haut qu'il faut remonter pour toucher le foyer du mal; c'est le cerveau qu'il faut accuser. Et, à ce sujet, je ferai une remarque. Nous avions été frappé jusqu'ici de l'état d'injection dans lequel nous avions toujours trouvé la substance cérébrale; ici, c'est tout le contraire, elle est molle et décolorée. Et cependant examinez les symptômes cérébraux au début, suivez-les pendant le cours de la maladie, et vous verrez qu'ils sont tels que nous les avons observés jusqu'ici. Vous serez frappés surtout de cette céphalalgie opiniâtre, qui paraît si bien devoir être l'apanage d'une injection cérébrale ou méningée, et que nous avons vue pourtant manquer dans plusieurs cas de ce genre, et notamment chez la malade de la sixième observation. Les étourdissemens manquaient également dans ces deux cas, tant il est vrai, comme l'a dit M. Andral, que les mêmes désordres fonctionnels peuvent se rencontrer dans deux états morbides directement opposés de l'organe qui en est chargé, par cette seule raison que, dans l'une et l'autre circonstance, cet organe n'est plus dans les conditions normales de son action.

Si quelques personnes s'aveuglaient encore assez pour voir quelque rapport de causalité entre l'altération des follicules agminés et les symptômes adynamiques, je leur répondrais par l'observation suivante, la dernière dont je publierai l'histoire.

Observation XI. — Une femme âgée de 71 ans, entra à l'infirmerie le 25 mars. Elle se plaignait d'éprouver depuis quinze jours des frissons irréguliers; du mal de gorge, du coriza, un peu de toux, de l'anorexie, de la céphalalgie, des étourdissemens et une telle faiblesse musculaire que la veille elle était tombée en voulant se tenir debout. — La céphalalgie était encore violente; les étourdissemens, la faiblesse persistaient. La langue était blanche, humide; il y avait de la soif, mais la malade disait avoir de l'appétit; il n'y avait ni nausées, ni douleur épigastrique, ni coliques. Une selle solide avait été rendue le matin. La malade, *asthmatique* depuis trente ans, avait la respiration courte; la toux était, comme je l'ai dit, augmentée depuis quinze jours, les crachats étendus en nappe ressemblaient à une légère purée jaunâtre. Le pouls était régulier, peu fréquent, peu développé; la peau n'était pas chaude. En avant comme en

arrière, la sonoréité du thorax était bonne, et partout la respiration était rauque et bruyante. — Loock avec kermès gr. iij., vermicelle. —Le lendemain la malade n'accuse plus ni céphalalgie, ni étourdissemens; mais un air de stupeur est répandu sur tous ses traits, et son haleine porte une odeur putride. Elle demande pourtant constamment à manger, n'éprouve ni nausées *ni douleurs abdominales*. La langue est bonne, la soif vive; *le ventre tendu est extrêmement sonore;* il n'y a pas de selles. Peau chaude et brûlante. Pouls dur, fréquent, intermittent. L'auscultation donne les mêmes résultats que la veille, et de plus fait entendre un râle muqueux à très grosses bulles dans la fosse sous-épineuse droite. On voulait essayer les toniques, mais la malade mourut quelques heures après.

L'autopsie fut faite 22 heures après la mort. — Tête. — Le cerveau présente la sablure générale que j'ai déjà notée tant de fois. — Abdomen. — Les vaisseaux mésentériques sont très injectés. Toute la muqueuse gastrique, à l'exception de celle qui tapisse le grand cul-de-sac et qui offre une teinte ardoisée est d'un rouge pointillé des plus intenses. Cette rougeur descend dans la partie supérieure des intestins grêles, dans une étendue de deux pieds, et à partir de là, on ne voit plus que des herborisations partielles, peu étendues, mais très fines, qui cessent vers le commencement du tiers inférieur. Celui-ci est parfaitement sain. Le cœcum et le colon ascendant, semés de plaques d'un rouge violet foncé, contiennent des matières fécales très molles, imprégnées d'une grande quantité de mucus épaissi. Le reste du tube digestif est sain et contient au contraire des matières dures en grande quantité. Aucun développement des follicules. La rate est très molle et noirâtre, les reins rouges et piquetés de sang, la substance rouge du foie très développée. — Poitrine. — Rougeur des bronches; elles renferment un liquide écumeux, sanguinolent. Deux onces de sérosité dans le péricarde. Le feuillet séreux, viscéral offre sur le ventricule gauche une légère couche albumineuse, allongée, très irrégulière, entourée d'une injection vasculaire très vive et très déliée. Les plus externes des fibres musculaires du ventricule gauche, offrent une rougeur uniforme, intense qui tranche fortement sur la couleur normale du plan interne; les premières donnent aussi à la coupe beaucoup plus de sang que les secondes. Rien à noter dans les plèvres. Le bord postérieur des deux poumons est le siége d'un léger engouement, un peu plus prononcé du côté droit.

Les réflexions se déduisent d'elles-mêmes. Certes, voilà bien toujours le même caractère, la même physionomie morbide, et cependant combien les altérations sont différentes! C'est l'entérite qui constitue le phénomène pathologique prédominant; mais cette entérite n'a rien de spécial; elle est telle qu'on l'observe dans les cas où elle se traduit par les signes les plus francs et les plus tranchés. Et admirez ici au contraire la perfidie des sypmptômes..... *Experientia fallax*..... Tout-à-l'heure l'abdomen souffrait, et il ne paraissait pas malade à l'autopsie. Maintenant il paraît souffrir à peine, et une grande partie de la surface intestinale est le siége d'une grave altération. L'anatomie pathologique rend du reste parfaitement compte de l'absence de diarrhée. L'état du pouls le jour de la mort s'explique aussi par elle. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que nous trouvons des traces d'inflammation du cœur et de son feuillet séreux.

On a pu remarquer que les malades qui faisaient le sujet des observations précédentes, à part la première, étaient des vieillards. J'aurais pu accompagner chacune d'elles d'une autre analogue prise sur une jeune femme. Je ne l'ai pas fait pour deux raisons, d'abord parce que je n'aurais pas une seule occasion d'éclairer le diagnostic par l'autopsie, ensuite parce que j'aurais dépassé de trop loin les bornes d'un mémoire. Mais je puis assurer que deux grands faits seraient résultés de ce rapprochement; 1° l'analogie du début; 2° si l'on s'en rapporte aux désordres fonctionnels rarement trompeurs à cet âge, de l'analogie dans la diversité des désordres anatomiques. Ce qui eût différencié les unes des autres ces observations, c'eût été la courbature et la phlegmasie remplaçant, chez les jeunes sujets, l'adynamie et la putridité des vieillards. En un mot, à part la localisation des désordres, c'eût été la même différence que celle signalée déjà entre la première et la troisième des observations citées, et rapportée aux différences d'âge et de constitution.

DECHAMBRE, D. M.

III. NOTE SUR L'IDENTITÉ DE LA GONORRHÉE ET DE LA SYPHILIS.

M. le professeur C. W. Hufeland dit (1) dans son Journal :

La gonorrhée produite par une infection, est toujours syphilitique; mais elle est modifiée, atténuée et rendue moins infectante, à cause de l'organisation particulière de la muqueuse de l'urèthre et par la présence de l'humeur sécrétée par cette dernière. »

Les preuves que M. Hufeland donne de l'identité de la gonorrhée et de la syphilis, et qui lui paraissent claires et concluantes, sont :

« 1° *Mêmes causes* : Deux individus sont infectés par la même personne: l'un gagne une *gonorrhée;* l'autre un chancre syphilitique.

« 2° *Mêmes effets :* Une personne affectée de la *gonorrhée* peut donner la syphilis à une autre personne, et propage l'infection sur elle-même. La matière de la *gonorrhée*, introduite dans les yeux, donne lieu à une ophthalmie vénérienne; ou bien, une *gonorrhée* qui a été supprimée trop vite par les injections, donne lieu aux bubons, aux chancres, aux condylômes, etc. L'expérience journalière, ajoute-t-il, nous apprend en outre que les *flueurs blanches* qui, chez les femmes, viennent à la place de la *gonorrhée*, peuvent donner lieu à la syphilis.

« 3° *Mêmes agens médicamenteux* : Le plus grand nombre des *gonorrhées* est guéri, soit par la nature, soit par les antiphlogistiques; mais en cas de non guérison, et s'il survient,

(1) Revue des journaux de médecine allemands. (GAZETTE MÉDICALE de Paris, du 3 août 1834.)

par exemple, des douleurs dans le canal de l'urèthre, dans la gorge, et d'autres symptômes consécutifs, le calomel est toujours le meilleur moyen. »

« La différence du virus gonorrhéique d'avec le virus chancreux, est que le *premier se trouve comme enveloppé par la matière de la sécrétion muqueuse*, et devient, par là même, d'une nature plus muqueuse et plus dense, de telle sorte qu'il perd de sa force infectante, tant pour le malade que pour les personnes auxquelles il pourrait se communiquer; enfin, il arrive parfois qu'il est rejeté avec les humeurs excrétées. Le virus chancreux, au contraire, est plus actif et plus corrosif, de même que le sublimé, ou tout autre poison introduit dans le corps d'une manière isolée est plus énergique que lorsqu'il est enveloppé d'un enduit muqueux. »

Sans vouloir passer ici en revue tous les argumens donnés pour ou contre l'identité de la gonorrhée et de la syphilis, dans un procès qui, depuis si long-temps est débattu sans être jugé, qu'il me soit permis, à l'occasion des propositions qui précèdent, de signaler ici les résultats des nombreuses observations que j'ai pu recueillir à ma clinique de l'hôpital des Vénériens.

Que peut entendre M. Hufeland par infection, en fait de gonorrhée ou de blennorrhagie? Suffit-il pour qu'un individu ait contracté une gonorrhée, sans s'inquiéter de la nature intime de l'écoulement? ou bien faut-il que la gonorrhée soit d'essence syphilitique? Afin d'être conséquent, dans l'opinion de M. Hufeland, pour qu'une *gonorrhée produite par infection soit toujours syphilitique*, il faut nécessairement que celle qui lui a donné lieu, chez un autre individu, soit elle-même syphilitique, attendu qu'on ne peut pas admettre, dans l'état actuel de la science, qu'une blennorrhagie due à un irritant chimique, par exemple, chez une personne, puisse produire une gonorrhée syphilitique chez une autre. Mais si l'on convient que la gonorrhée syphilitique puisse seule produire, par infection, une autre gonorrhée syphilitique, il faudra nécessairement la distinguer de la gonorrhée bénigne non virulente, qui peut se transmettre aussi par le coït; autrement, lorsqu'une personne aura contracté une blennorrhagie d'une autre personne affectée de blennorrhagie, par cela seul que la maladie aura été transmise d'un individu à un autre, on ne pourra pas dire qu'à coup sûr la gonorrhée est syphilitique.

Or, il est bien évident aujourd'hui, pour tous les observateurs attentifs, qu'il est impossible de distinguer entre elles, et dans tous les cas, la blennorrhagie syphilitique et celle qui a été produite par une disposition individuelle, par un vice herpétique, par un flux menstruel, par des irritans chimiques, etc., ainsi que je l'ai démontré dans mon article sur la blennorrhagie chez les femmes (1), et que ce n'est que par ses conséquences qu'on peut dire qu'une gonorrhée est ou simple ou due à une infection virulente : d'où il suit qu'il faut renverser la proposition de M. le professeur Hufeland, et dire : « Toute gonorrhée syphilitique est due à une infection; » et non : « Toute gonorrhée contractée par infection est de nature syphilitique, » ce qui ferait présumer qu'on peut, de prime abord, distinguer les cas d'infection et se servir de ce mode de propagation comme moyen de diagnostic, ce qui est impossible; car on ne sait, je le répète, qu'il y a infection, qu'alors qu'on a établi le diagnostic de la gonorrhée et reconnu sa nature.

Mais en admettant des blennorrhagies virulentes, les blennorrhagies sont-elles de même nature que les chancres syphilitiques? et n'en diffèrent-elles que parce que la gonorrhée syphilitique est modifiée, atténuée et rendue moins infectante à cause de l'organisation toute particulière de la muqueuse de l'urèthre, et par la présence de l'humeur sécrétée par cette dernière? Non sans doute, car l'urèthre n'est pas le siége unique de la blennorrhagie, et que, d'un autre côté, pour que cela fût vrai, il faudrait que les muqueuses qui affectent la blennorrhagie ne pussent être attaquées par aucune autre forme des maladies vénériennes; ce qui n'est pas, puisque si vous mettez du pus de chancre sur une muqueuse, celle de l'urèthre, du vagin, de l'utérus, des yeux, etc., vous produirez des chancres; tandis que de la matière blennorrhagique appliquée de la même manière et dans les mêmes circonstances, peut produire une blennorrhagie, mais jamais un chancre, ainsi que nous avons pu nous en convaincre, et comme le prouvent les expériences que j'ai rapportées dans mon Mémoire sur l'inoculation de la vérole, lu à l'Académie royale de médecine.

Si, pour preuve d'identité, on a recours aux causes, on est obligé de convenir que, jusqu'à ce jour, les observations, n'ont point été rigoureuses sous ce rapport. Ainsi, par exemple, on a dit qu'une femme était affectée seulement de blennorrhagie, lorsqu'à l'examen des parties externes de la génération, on a trouvé son écoulement sans chancres, sans ulcérations visibles au dehors, et l'on n'a pas constaté, dans tous les cas, si, au delà de l'anneau vulvaire, dans les profondeurs du vagin, sur le col de la matrice, il n'y avait pas d'ulcérations, de chancres syphilitiques, et on a trouvé que des femmes, dans ces conditions, pouvaient donner des chancres à un individu, et à un autre une gonorrhée; d'un autre côté, on a vu des hommes n'avoir qu'un écoulement, communiquer des chancres à une femme, et une blennorrhagie à une autre, et on a encore conclu l'identité de la blennorrhagie et du chancre, sans s'inquiéter si, chez ces hommes affectés de prétendues blennorrhagies, il n'y avait pas autre chose dans son canal qu'on ne peut explorer à cause de sa conformation!

Pour moi, qui ne me suis plus contenté d'un examen superficiel pour établir mon diagnostic, et qui, chez la femme, ai toujours examiné avec soin toute l'étendue des organes génitaux, j'ai trouvé que, toutes les fois qu'il y avait seulement inflammation catarrhale, flux blennorrhagique sans ulcération de la nature du chancre syphilitique, jamais, avec la matière des écoulemens, on ne pouvait produire de chan-

(1) Voir les deuxième et quatrième livraisons de la première année.

cres par voie d'inoculation ; tandis que, toutes les fois qu'il existait des chancres, du pus, pris à la surface de ces chancres, et inoculé sur d'autres parties, produisait constamment un chancre: d'où l'on doit conclure que toutes les fois qu'une personne, n'offrant en apparence qu'un écoulement blennorrhagique, donne des chancres, elle doit elle-même être affectée de chancres cachés : ainsi que nous avons pu nous en convaincre chez la femme à l'aide du spéculum, et, comme je l'ai démontré expérimentalement à ma clinique, sur l'urèthre de l'homme.

Si, encore pour preuve d'identité entre la gonorrhée et le chancre, on prétend que les effets sont les mêmes, je répondrai par les argumens que je viens de donner à propos des causes, et qui sont le résultat d'expériences répétées.

Dans tous les cas où une personne affectée de gonorrhée a donné une syphilis à une autre, ou a présenté elle-même des symptômes secondaires, a-t-on pu, par une exploration rigoureuse, constater l'état des tissus, siége de la prétendue gonorrhée dans toute son étendue ?

La matière de la gonorrhée, introduite dans les yeux, donne lieu à une ophthalmie vénérienne; mais cela prouve-t-il que la gonorrhée soit identique avec le chancre ? Il s'en faut de beaucoup.

Il faudrait pour cela que de la matière gonorrhéique, introduite dans les yeux, y produisît, tantôt des chancres, tantôt une ophthalmie blennorrhagique, et que la matière de l'ophthalmie blennorrhagique pût, par voie d'inoculation, produire le chancre, ce qui n'est pas, ainsi que des expériences répétées l'ont prouvé ; non pas que les paupières ne puissent pas être le siége de chancre, car j'en ai montré deux beaux cas à ma clinique, et qui étaient dus au transport de la matière de chancres actuellement existant aux parties génitales, mais toujours par cette raison qui veut que la matière de la blennorrhagie, prise sur une surface non affectée de chancre, ne produise pas de chancre.

D'un autre côté, on n'a jamais cité d'observation d'individus ayant seulement eu une ophthalmie blennorrhagique qui ait été plus tard affectés de symptômes secondaires.

Les bubons, les chancres, les condylômes, a-t-on dit, sont surtout la conséquence d'une gonorrhée trop vite supprimée par les injections ? Quant aux bubons, suite de blennorrhagie non accompagnée de chancres, toutes les fois qu'ils ont suppuré, et que j'ai pu étudier leur nature à l'aide de l'inoculation, j'ai toujours reconnu qu'ils étaient seulement sympathiques ; les bubons symptomatiques, suite du chancre, et qui suppurent, donnent toujours lieu à l'inoculation comme les chancres eux-mêmes. Pour ce qui est des chancres, etc., quand ils arrivent à la suite d'une blennorrhagie supprimée, c'est qu'il y avait, indépendamment de la blennorrhagie, une infection de chancre ; enfin, pour ce qui regarde les *flueurs blanches* qui, chez les femmes, remplacent la gonorrhée, et qui peuvent donner lieu à la syphilis, j'ai prouvé, dans un travail lu à l'Academie de médecine, et inséré dans le second fascicule de ses mémoires, que, dans ces circonstances, il existait autre chose que des flueurs blanches, et que les parties cachées et profondes du vagin, du col de la matrice et de sa cavité, étaient le siége de lésions que j'ai signalées.

Enfin, si la gonorrhée, par ses conséquences, était identique au chancre, les affections secondaires devraient être bien plus fréquentes; la blennorrhargie, ainsi que tout le monde est forcé d'en convenir, étant aussi bien plus commune que les chancres, et n'étant, le plus ordinairement traitée que par des moyens simples ou abandonnée à elle-même, tandis que les personnes qui présentent des symptômes secondaires, ont le plus souvent eu, pour antécédens, des chancres; le diagnostic restant incertain chez celles qui n'accusent qu'une blennorrhagie, cette blennorrhagie n'ayant, dans aucun cas, jusqu'à l'heure au moins, été démontrée rigoureusement, comme ayant existé seule et sans complication de chancres cachés.

Pour prouver encore l'identité de la gonorrhée et du chancre, on a dit : *que les mêmes agens médicamentux convenaient!* Tout le monde sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la blennorrhagie, et lorsque par suite de symptômes secondaires ou de complications, on est forcé d'y avoir recours ; il n'est pas sûr, toujours, d'après les raisons données plus haut, qu'on ait eu affaire seulement à une blennorrhagie.

Maintenant peut-on, dans l'hypothèse de ceux qui admettent l'identité de la blennorrhagie et des chancres quant au principe, expliquer les différences de formes et d'effets, par la nature des tissus et de leur sécrétion ? Non ; car il est évident, comme je l'ai dit plus haut, que les mêmes tissus peuvent être le siége de la blennorrhagie et du chancre, et que, de deux choses l'une, ou bien la matière prétendue virulente reste sans action sur la muqueuse, à cause de l'enduit muqueux qui la défend, ou bien, au contraire, la muqueuse infectée et imprégnée du virus, qui devient une sorte de germe, de levain, sécrète à son tour du virus qui ne saurait naître, ainsi qu'on semble le dire, enveloppé d'une couche muqueuse, et comme *incarcéré dans une capsule de mucus*, car c'est le mucus lui-même qui, dans le cas d'une sécrétion morbide, constitue la matière virulente, et on ne saurait le comparer, lui résultat d'une action pathologique, à un poison qui n'est pas le produit de l'économie, et qu'on y introduit pur, actif, ou atténué, affaibli par des correctifs. D'un autre côté, la sécrétion muqueuse qui continue à se faire alors qu'il y a des chancres, empêche-t-elle l'absorption ? Rend-elle le pus du chancre moins actif ? Non, sans doute, pas plus qu'elle n'empêche la résorption de la matière cancéreuse dans les canaux des surfaces muqueuses, et cependant les conditions du siége et les fonctions des tissus restent les mêmes, il n'y a donc que la nature de la maladie qui diffère.

En résumé, pour moi, la blennorrhagie diffère du chancre, en ce que dans le chancre, il existe toujours une époque à laquelle l'inoculation est possible, c'est-à-dire, que du pus de chancre porté à l'aide d'une lancette sur un

point quelconque de l'économie y donne lieu au développement d'un chancre, identique au premier, tandis que dans la blennorrhagie cela n'est jamais possible. Il faut prendre garde ici, comme quelques personnes l'ont fait, de ne pas confondre les contagions avec ce que j'entends par inoculation.

Enfin, si dans les gonorrhées qu'on a regardées comme identiques aux chancres, et partant, comme étant seules virulentes, nous avions pu prouver par les observations qui précèdent, et que je répète chaque jour à l'hôpital des Vénériens, qu'il y a autre chose qu'une gonorrhée, il s'en suivrait que le diagnostic de la prétendue gonorrhée virulente, jusqu'alors le plus souvent impossible, deviendrait de la plus grande facilité à l'aide de l'inoculation; car toute gonorrhée qui de cette manière donnerait lieu à un chancre, serait virulente, parce qu'il existerait quelque part dans les tissus affectés un chancre ou une ulcération de nature chancreuse; tandis que celle qui, pendant toute sa durée, n'aurait jamais rien fourni par l'inoculation, serait incontestablement bénigne, bien qu'elle eût pu, par voie de contagion, donner lieu à une blennorrhagie, chez un autre individu. Si on n'admet pas les conclusions qui précèdent, on est forcé de reconnaître que la blennorrhagie virulente et le chancre syphilitique sont dus à deux virus différens, ce qui n'est pas le plus probable, d'après mes dernières observations.

PHILIPPE RICORD, *chirurgien de l'hôpital des Vénériens, professeur particulier de clinique et de pathologie spéciale*

IV. CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL DIEU. (*Service de M. Dupuytren.*)

—

DES FISTULES URINAIRES RÉNALES.

OBSERVATION. *Traitement par la compression.*

Les fistules urinaires rénales constituent une maladie rare et surtout fort difficile à guérir; en effet, les auteurs les regardent généralement comme incurables, ou au moins comme ne guérissant que par les seuls efforts de la nature, et jamais par les secours de l'art. L'observation suivante, dont on trouve bien peu d'exemples dans les auteurs, et que nous avons recueillie il y a peu de temps à l'Hôtel-Dieu, prouve, au contraire, que l'art peut être quelquefois d'une grande efficacité dans cette maladie, et que sans lui les malades resteraient probablement exposés à une infirmité aussi dégoûtante qu'incommode.

Guibert (Louis-Alexandre), âgé de vingt-neuf ans, marié, d'une constitution assez frêle, entra à l'Hôtel-Dieu, le 25 janvier 1833, pour s'y faire traiter d'une fistule siégeant à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, du côté droit: fistule qui durait depuis plusieurs années.

Il y a neuf ans à peu près, le malade, sans avoir fait aucune chute, reçu aucun coup, aucune blessure, ressentit à la partie postérieure, inférieure et droite de la poitrine une douleur assez vive et qui ne céda point à l'emploi des sangsues, saignées, cataplasmes, etc. Une tumeur se forma; elle s'ouvrit et donna issue à une substance liquide, qu'on reconnut manifestement être de l'urine. Depuis cette époque, une fistule s'établit, persista et donna constamment lieu à l'écoulement d'une quantité considérable d'urine. Les vêtemens du malade en étaient toujours traversés; et les linges épais et nombreux dont il se garnissait, étaient trempés au bout de quelques heures. Une odeur urineuse infecte, des boutons nombreux, des excoriations très douloureuses autour de la fistule et qui s'étendaient au loin sur la peau, avaient souvent fait désirer au malade la guérison de cette incommodité. On l'avait tentée quelquefois, soit à l'aide d'une compression légère sur l'orifice fistuleux, soit à l'aide de tentes qu'on introduisait dans cet orifice, et qui le remplissaient exactement; rien n'avait réussi. Ce dernier moyen (l'introduction de tentes dans l'intérieur de la fistule) avait même considérablement augmenté la largeur de la fistule et rendu l'écoulement de l'urine plus abondant. Lorsque *Guibert* entra à l'Hôtel-Dieu, on constata un orifice fistuleux à la partie postérieure latérale, droite et inférieure de la poitrine, à deux pouces au dessus de la deuxième fausse côte, et à trois pouces environ du rachis. Cet orifice, assez large et enfoncé, donnait constamment issue à de l'urine ordinairement pure et quelquefois mêlée à du pus. Le malade rendait ses urines très librement par l'urèthre; jamais il n'avait eu aucune maladie des voies urinaires, et il ne se souvenait point d'avoir jamais rendu de calculs ou de gravier.

On laissa le malade reposer, quelques jours avant de commencer son traitement, et on l'examina avec soin. M. *Dupuytren* après avoir passé en revue les diverses méthodes de traitement applicables à ce genre de maladie, se décida à faire usage de la compression appliquée non pas comme on l'avait fait dernièrement en introduisant des corps étrangers dans l'intérieur de la fistule, mais bien sur l'orifice. Dans ce but, on appliqua sur lui du linge fin, de la charpie et des compresses graduées; une bande large et convenablement serrée, maintint exactement appliqué cet appareil. Pendant les premiers jours, il fut traversé par l'urine, après quelques heures de son application. On était obligé de le renouveler et de le réappliquer plusieurs fois dans le cours de la même journée. On ne tarda pas à s'apercevoir cependant, au bout de quelques jours, que la quantité d'urine diminuait peu à peu, et l'écoulement finit par ne plus exiger qu'un seul changement de l'appareil pendant les vingt-quatre heures. Pour rendre la compression plus efficace et plus constante, on imagina d'appliquer un bandage inguinal dont la pelotte reposait sur l'orifice fistuleux. Ce nouvel appareil fut moins efficace que l'autre; il se dérangeait constamment, et on fut obligé de revenir au premier appareil qui avait été employé dans le commencement: on vit son influence bienfaisante s'accroître et la quantité d'urine devenir moindre de jour en jour. Quelques accidens généraux qui survinrent chez le malade et qui étaient tout à fait étrangers à la compression, tels que fièvre, an-

gine, etc., etc., forcèrent à suspendre la compression; et pendant quatre ou cinq jours que la fistule fut libre, on put constater qu'il s'écoulait alors dix ou douze fois moins d'urine qu'avant l'emploi de la compression. On continua de nouveau ce moyen, lorsque la santé générale fut rétablie; et le 15 avril, après moins de six semaines de ce genre de traitement, il ne s'écoulait plus d'urine par la fistule; depuis trois jours l'appareil n'avait point été renouvelé, et il n'avait point été traversé par une seule goutte de ce liquide. Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu à la fin du mois, rendant encore de temps en temps quelques gouttes d'urine par sa fistule, qui s'ouvrait de temps en temps et se refermait complètement.

Nous avons vu *Guibert* à la fin de l'année 1833; il était toujours dans le même état, se félicitant néanmoins de l'immense amélioration qu'il avait éprouvée, mais étant cependant guéri d'une manière incomplète. La compression continuée amènera peut-être par la suite une guérison durable.

Les tumeurs des reins, et par suite les fistules urinaires rénales, se développent quelquefois à la suite de coups ou de chutes sur les flancs; d'autres fois, elles surviennent après une métastase rhumatismale, dartreuse, etc. Chez notre malade, rien de tout cela n'a eu lieu; il n'a reçu aucun coup, fait aucune chute, il n'a jamais été atteint de dartres ou de rhumatisme. On trouve dans les auteurs quelques exemples d'abcès du rein, suite de néphrites, qui abandonnés à eux-mêmes, se sont ouverts spontanément et ont eu une terminaison heureuse; mais le plus ordinairement, ce sont des pierres qui donnent naissances à ces abcès. Alors ils se succèdent, et la plaie reste fistuleuse pendant de longues années, et tant que ces pierres subsistent dans le rein: notre malade n'a point rendu de pierres ni par l'urèthre, ni par la fistule. Quelle a donc été la cause de son mal? Selon toutes les probabilités, c'est une inflammation de la substance du rein, terminée par une suppuration qui s'est fait jour au dehors.

L'observation que nous avons rapportée est remarquable par l'ancienneté du mal, qui durait depuis neuf ans, et l'efficacité rapide du moyen qui a été employé, *la compression*. Les auteurs s'accordent, en effet, à regarder ces fistules rénales comme presque constamment incurables.

Les plaies du rein par des coups d'épée, de baïonnette, de sabre, donnent lieu souvent à des fistules de cet organe; mais ce sont surtout les coups de feu qui produisent cette maladie: et alors ces fistules urinaires guérissent bien plus promptement que lorsqu'elles résultent d'une néphrite simple ou calculeuse, terminée par des abcès. En juillet 1830, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs plaies du rein par des coups de balles, plaies qui ont été suivies de fistules urinaires. Chez un de ces malades, la fistule se cicatrisa, et sans l'emploi d'aucun moyen. Le malade était guéri au bout de quinze jours, et sans avoir éprouvé aucun accident grave.

ALEXANDRE PAILLARD et MARX.

V. OBSERVATION D'UN COUP DE SABRE TRAVERSANT DE PART EN PART LE COTE DROIT DE LA POITRINE, GUÉRI PAR L'EMPLOI DE DIX-HUIT SAIGNÉES FAITES DANS L'ESPACE DE DOUZE HEURES, LESQUELLES FOURNIRENT DE TREIZE A QUATORZE LIVRES DE SANG.

Dans le courant du printemps de l'année 1804, j'étais attaché, comme chirurgien sous-aide, à l'hôpital militaire du petit séminaire de Boulogne-sur-Mer. Un jour, étant de garde, on m'apporta, vers le soir, le sieur M***, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, chasseur à cheval de la garde-impériale, lequel, me dit-on, venait de recevoir, en duel, un coup de sabre qui lui traversait la poitrine de part en part.

Le blessé fut placé sur un lit, dans un lieu aussi frais que possible, la tête élevée, les cuisses fléchies sur le bassin. Je lui recommandai un silence absolu, et d'éviter de faire de grandes inspirations; ma recommandation était inutile, car, comme il me l'a dit depuis, il ne m'entendait pas. Après l'avoir examiné attentivement, je remarquai les lésions et symptômes suivans:

Perte de connaissance; large plaie située très près et au dessus du mamelon du sein droit; une seconde plaie, située dans l'intervalle qui sépare les quatrième et cinquième vraies côtes, entre la région dorsale de la colonne épinière et l'omoplate du même côté; le pouls était à peine sensible; la face était décolorée et couverte de sueur froide, qui découlait sur le cou; les extrémités étaient froides; la plaie antérieure laissait sortir à chaque instant, avec un bruit de sifflement, une grande quantité de sang vermeil et écumeux, et un crachement, à pleine bouche, de sang de même nature avait lieu; la respiration était extrêmement courte et très laborieuse; un emphysème presque général, mais occupant principalement le tronc et le scrotum, était survenu; enfin, une suffocation mortelle était tellement imminente, que la prudence m'ordonna d'envoyer chercher M. Goré, chirurgien-major de l'hôpital, lequel arriva au bout d'une demi-heure. Mais pendant cet intervalle, les accidens faisant des progrès alarmans, et voyant que le malade était à chaque minute menacé de perdre la vie, que je crus éteinte plus d'une fois, je me décidai à lui pratiquer une large saignée de vingt onces, faite au bras droit. Aussitôt que la veine fut ouverte, le malade respira un peu, et la plaie antérieure donna issue à une grande quantité de sang. Présumant que des saignées fréquentes pouvaient seules sauver, s'il était possible, la vie du blessé, je mis du suif sur l'ouverture de la veine, afin d'avoir du sang à volonté, sans être obligé d'employer de nouveau la lancette.

Le chirurgien-major étant arrivé, je lui rendis compte de la conduite que j'avais tenue et qu'il approuva. Son opinion était que le blessé ne passerait pas la nuit; mais il ajouta que, s'il existait encore dans quelques heures, je pourrais revenir à la saignée, et que d'ailleurs il s'en rapportait à mon intelligence et à mon zèle pour administrer tous les secours indiqués en pareille occasion.

A six heures et demie, une demi-heure après la première saignée, j'en pratiquai une seconde, de douze onces, et j'appliquai sur chaque plaie un linge fenêtré, un gâteau de charpie, des compresses, et par dessus un bandage de corps légèrement serré; je fis coucher le malade, autant qu'il fut en mon pouvoir, sur le côté des blessures.

A sept heures, renouvellement de la suffocation, du crachement de sang et de la sortie avec bruit de ce liquide par la plaie antérieure; au lieu de l'arrêter, comme le conseillent presque tous les auteurs, je lui permis un libre cours en ôtant le bandage: cela était d'autant plus rationnel, je pense, qu'aussitôt que le sang cessait de couler, soit par la plaie antérieure, soit par la saignée du bras, le malade éprouvait, presque instantanément, de la suffocation, ainsi que d'autres symptômes qui sont presque toujours mortels en pareille circonstance.

A sept heures et demie, le sang cesse de couler, et l'épanchement menaçant de faire périr le sujet, une troisième saignée de quinze onces est faite. Aussitôt que le sang sort de la veine médiane céphalique, les accidens diminuent, et la plaie antérieure, que je laisse ouverte, lance avec sifflement le sang vermeil et écumeux qui dérive vers elle toutes les fois que la respiration s'exécute avec un peu moins de difficulté.

A huit heures, renouvellement des accidens; saignée d'une livre: il en résulte un calme momentané.

A neuf heures, apparition, mais d'une manière plus alarmante que jamais, de tous les accidens, au point que cette fois je crus que le pronostic porté par le chirurgien-major allait se réaliser; ne voyant d'autre moyen à employer contre un état si désespérant que de continuer les évacuations sanguines, je pratiquai une saignée de seize onces; la suffocation diminua immédiatement un peu, et procura un instant de calme, qui me fit augurer un meilleur avenir; mais mon espérance ne fut pas de longue durée, car, une heure après, le malade éprouva des symptômes épouvantables, tels que suffocation imminente, pouls presque imperceptible, froid glacial universel, respiration extrêmement gênée, face plombée et couverte d'une sueur froide qui s'étendait sur la partie antérieure du cou; mouvemens convulsifs des muscles de la face, sentiment de bouillonnement entendu dans le poumon lorsque j'appliquais l'oreille sur le sein droit. Etant alors persuadé plus que jamais que l'épanchement dans le poumon augmentait d'une manière effrayante, et que les dérivatifs les plus énergiques pouvaient seuls sauver, ou du moins soulager le blessé, je me décidai à faire tous les efforts qui m'étaient suggérés par l'état où se trouvait l'organe pulmonaire. Il me sembla que, puisque l'épanchement sanguin s'opérait d'une manière active dans le poumon, il n'y avait d'autre médication à employer que celle des saignées presque continuelles, si rapprochées les unes des autres, que le sang fût presque constamment détourné des organes de la respiration, et reçût, autant que possible, une autre direction. Je crus agir en conséquence, en dilatant un peu la blessure antérieure, qui était déjà passablement grande, et en ôtant le bandage qui couvrait la piqûre de la saignée du bras. J'en tirai alors quinze onces de sang (à dix heures), puis, j'appliquai un doigt sur l'ouverture de la veine, afin d'être à même de tirer du sang à volonté, ce qui ne tarda pas à arriver, car à dix heures et quart, j'en laissais sortir encore dix onces.

A onze heures, menaces nouvelles de suffocation, saignée de douze onces.

A onze heures et quart, reproduction des accidens; il paraît un peu de sang à la plaie antérieure; saignée de huit onces, en même temps qu'il sort par cette plaie, et avec impétuosité, trois ou quatre onces de sang vermeil. Après ces deux évacuations, le malade fut un peu calme pendant une heure, ce qui était beaucoup dans sa position.

A minuit, renouvellement de tous les accidens; saignée de quinze onces, sinapismes aux pieds.

A minuit et demi, du gargouillement se fait entendre dans la trachée-artère; grande difficulté de respirer; le malade est toujours sans connaissance, saignée de huit onces.

A une heure du matin, menace de suffocation; pouls presque éteint; mais le dernier symptôme ne m'occupant pour ainsi dire pas, et ne faisant attention qu'au premier, qui absorbait toutes mes idées, je revins à la saignée, qui fut de dix onces.

Le blessé éprouva un léger calme pendant une heure.

A deux heures, le sang sortit par la bouche et par les narines, le malade faillit être suffoqué, attendu que les mouvemens respiratoires pouvaient à peine avoir lieu; le pouls paraissait éteint; le visage peignait la mort, que je ne me sentais plus le pouvoir de combattre; cependant, je tentai un dernier effort, pensant que la nature pourrait peut-être, en y ajoutant son action, prolonger la vie près de s'échapper. Je fis alors une saignée du bras de vingt onces; aussitôt que le sang commença à jaillir, mon étonnement fut grand, car le sujet, de mourant qu'il était, revint à la vie et respira un peu; la plaie pectorale donna quelques onces de sang, et celui qui se portait avec tant d'impétuosité vers la tête cessa d'y aborder; il n'en parut plus ni à la bouche ni aux fosses nasales.

De deux à quatre heures, le blessé fut fréquemment menacé de suffocation; mais aussitôt que je m'apercevais que ce fâcheux symptôme augmentait ou se renouvelait trop souvent, je permettais au sang de couler en ôtant le doigt de dessus l'ouverture de la veine et en faisant une saignée de cinq à six onces. Je répétai cette opération cinq fois depuis deux heures jusqu'à quatre: ce fut seulement alors que le blessé éprouva une amélioration bien marquée dans son état, au point qu'après la dernière saignée, qui eut lieu à quatre heures du matin, il parut avoir recouvré un peu de connaissance; il fut légèrement assoupi jusqu'à six heures du matin, époque à laquelle arriva M. Goré, lequel fut très étonné de trouver M... encore existant.

Je lui fis part de tout ce qui s'était passé pendant la nuit. A peine eus-je achevé ma narration, que le blessé entr'ouvrit lentement les yeux qu'il referma soudain, me tendit la main,

et me dit, d'une voix qu'à peine nous pûmes entendre : « Je vous dois la vie. » Ces paroles de reconnaissance retentirent jusqu'au fond de mon cœur, et me dédommagèrent bien amplement des peines et des tourmens que j'avais éprouvés pendant douze heures. Le blessé fut dès lors sous la direction du chirurgien en chef de l'hôpital.

Il était assez calme, et reposait un peu; le pouls se développa et devint fébrile. Prescription : diète absolue, infusion pectorale et julep de même nature, le tout donné par cuillerée. Quelques scarifications furent faites sur la partie antérieure de la poitrine, lieu où l'emphysème était le plus développé; l'air infiltré dans le tissu cellulaire sortit aussitôt. La tuméfaction presque générale diminua graduellement et n'existait plus au huitième jour; on plaça sur chaque plaie un gâteau de charpie et des compresses soutenues par un bandage de corps.

Le troisième jour, fièvre, douleur qui s'étend sur toute la poitrine et qui augmente à chaque inspiration. Diète, fomentation émollientе légèrement aromatisée placée sur la poitrine; infusion pectorale édulcorée avec le sirop de guimauve pour boisson; julep pectoral. On recommande le silence, qu'il ne fut pas difficile d'obtenir, car le sujet était si faible, qu'à peine pouvait-il articuler quelques mots.

Le quatrième jour, la fièvre continue, la respiration est plus libre, les plaies donnent un peu de suppuration. Prescription : Diète, mêmes boissons, lavement émollient, que le malade rend un quart d'heure après l'avoir pris.

Le sixième jour, fièvre moins forte; la peau, de pâle qu'elle était, commence à se colorer. Même prescription que la veille.

Le septième jour, presque pas de fièvre; grande diminution de la douleur qui existait dans toute la région pectorale; respiration beaucoup plus libre; toujours grande faiblesse, qu'on ne chercha pas à diminuer en employant une médication qui aurait pu donner des forces au malade, mais qui eût certainement activé la circulation de manière à faire développer des accidens susceptibles de nous faire perdre le fruit des moyens employés jusqu'alors. Prescription : quatre cuillerées de bouillon, julep gommé, infusion pectorale, lavement émollient, fomentation de même nature appliquée sur la poitrine; recommandation du silence.

Le huitième jour, point de fièvre, légère suppuration des plaies, qui se termine le quinzième jour. La convalescence date du neuvième jour de la blessure, et fait des progrès si rapides que le sieur M. était parfaitement rétabli le vingtième jour de son terrible accident, et sortit de l'hôpital le vingt-cinquième. Il reprit son service quelque temps après.

ROCHON-DUCHIRON, D. M.
Chirurgien-major au 3e rég. du génie.

VI. LUXATION PAR LES SEULS EFFORTS MUSCULAIRES.

La femme Foiret, âgée de vingt-huit ans, épicière à Héricy (Seine-et-Marne), enceinte de trois mois, éprouva le 12 août 1832, des mouvemens convulsifs, particulièrement dans les extrémités thoraciques.

Le mari vint me chercher en toute hâte. A mon arrivée, les mouvemens convulsifs avaient cessé, mais la malade avait perdu l'usage ordinaire de son bras droit. Je m'assure qu'il n'y a pas eu de chute. Pendant le repos, le membre est douloureux, seulement dans l'articulation scapulo-humérale. Il est pendant, plus long que le gauche et porté vers la partie postérieure du tronc, duquel le coude est écarté. L'acromion est saillant, et au dessous de cette apophyse se trouve une dépression qui devient plus prononcée à la presssion des doigts. L'aisselle contient un corps dur, arrondi, *la tête de l'humérus*. L'avant-bras est médiocrement fléchi; son extension cause de la douleur. Le corps et la tête sont légèrement inclinés du côté droit. Une première tentative de réduction, faite dans le lit de la malade, fut infructueuse. Une autre, faite le lendemain (la malade placée sur une chaise), eut un plein succès, mais après avoir employé des forces extensives et contre extensives considérables et bien mesurées. Telle est cette observation de *luxation en bas de l'articulation scapulo-humérale due à l'action musculaire seule.*

ALLAIRE, D. M. *à Héricy-sur-Seine.*

VII. DES AVANTAGES DE LA QUININE BRUTE SUR LE SULFATE DE QUININE.

Au commencement de l'année 1828, M. de Martignac, alors ministre de l'intérieur, me fit l'honneur de me désigner avec M. le docteur Ramon et M. Leblanc, médecin vétérinaire à Paris, pour étudier la topographie de l'ancienne province de Sologne, et les causes de la mortalité plus grande des hommes et des animaux domestiques, dans cette partie de la France. — Tout le monde sait combien sont fréquentes en Sologne les fièvres intermittentes : aussi, dès avant mon départ, je fis préparer à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, et avec l'autorisation du ministre, un grand nombre de médicamens dont nous dûmes essayer l'efficacité.

M. Henry, alors pharmacien en chef des hôpitaux, me prépara entre autres choses de la quinine brute, de la quinine pure, et du sulfate de quinine. J'essayai comparativement ces trois médicamens, et, dès cette époque, je recueillis des faits dont je différai la publication jusqu'au jour où j'en aurais observé un plus grand nombre. Plusieurs années de pratique dans le plus grand hôpital de Paris, m'ont permis de prononcer aujourd'hui, et je raconterai brièvement ici les résultats de mes propres expériences.

Lorsque l'on eut découvert le sulfate de quinine, cette précieuse substance devint, de la part de presque tous les praticiens, l'objet de louanges exagérées; tandis que quelques uns renouvelèrent contre elle les attaques que le quinquina avait éprouvées, lorsqu'il entra dans le domaine de la thérapeutique. On ne peut se dissimuler que le sulfate de quinine a quelques inconvéniens, peu nombreux, il est vrai, mais incontestables. Administré à dose fébrifuge, c'est-à-dire à douze et quinze grains dans un

jour, il provoque souvent de la diarrhée, et, dans ce cas, comme il n'est pas absorbé, il ne guérit pas la fièvre. Pour obvier à cet inconvénient, on l'associe à l'opium, au diascordium, ou au sous-nitrate de Bismuth; et, par ce moyen, on empêche presque toujours le dévoiement. Mais si l'on est forcé de continuer pendant quinze jours ou un mois l'usage de ce médicament, de quelque manière qu'il soit administré, il occasione des douleurs d'estomac qui persistent pendant long-temps. Enfin son amertume est excessive et ne peut être que difficilement déguisée, même dans les pilules que l'on recouvre d'une feuille de métal. Aussi est-il souvent impossible de faire prendre aux enfans du sulfate de quinine, et sommes-nous privés pour le jeune âge d'une de nos plus précieuses ressources thérapeutiques. J'omets ici à dessein les accidens toxiques assez graves que produit souvent le sulfate de quinine donné à trop hautes doses.

Frappé des inconvéniens réels que je viens de signaler, je cherchai, si, parmi les diverses préparations de quinine, il n'en serait pas une qui offrirait tous les avantages du sulfate, sans avoir d'ailleurs la même amertume, et sans produire la diarrhée et les douleurs d'estomac. *La quinine brute ou résineuse*, la moins chère des préparations de quinine (*Voy.* ci-après le Mémoire pharmaceutique de M. le docteur Boudet), remplit toutes ces conditions. Elle est *insipide*. Comme elle est résineuse, elle se ramolli dans les doigts et on peut la rouler en pilules, aussi petites que l'on veut, que l'on jette dans la bouillie ou dans les potages de l'enfant, et qui sont ainsi avalés sans difficultés. Quand la quinine brute est vieille, elle devient alors cassante comme la résine, et on peut la réduire en poudre : cette poudre est mêlée à une cuillerée de potage, de confitures, de sirop, ou de tout autre aliment, et se prend sans que le malade sente de l'amertume. Je le répète, pour les enfans, rien ne peut remplacer la *quinine brute*.

L'insipidité de la quinine résineuse tient à ce qu'elle n'est pas rapidement soluble dans l'eau et dans les sucs de la cavité buccale; mais elle se dissout aisément dans les acides qui se trouvent dans l'estomac, toutefois avec moins de facilité que le sulfate de quinine; il résulte de cette moindre solubilité que l'action irritante sur la membrane muqueuse ne se fait que successivement, et que par conséquent les purgations sont plus rares. Par la même raison aussi, la quinine produit moins de douleurs d'estomac que le sulfate de quinine.

Quant à la *quinine pure*, que j'ai également administrée un grand nombre de fois, elle est supérieure au sulfate de quinine, mais elle ne vaut pas la *quinine brute*. Elle est presque aussi amère que le sulfate, seulement elle purge un peu moins.

Les vertus fébrifuges de ces trois médicamens sont exactement les mêmes. Toutefois la quinine brute et la quinine pure peuvent être données à moindre dose, dans la proportion de sept à dix, le sulfate de quinine contenant trois parties d'acide sulfurique et seulement sept parties de principes fébrifuges. (Voir le Mémoire ci-après.) Ainsi donc les raisons de préférer la quinine brute au sulfate de quinine, sont les suivantes : Elle a une valeur vénale moindre, est sans amertume, se donne à moindres doses, et cause rarement de la diarrhée et des douleurs d'estomac.

A. Trousseau.

PHARMACIE.

VIII. NOTE SUR LA QUININE.

La quinine peut se présenter sous trois états différens : à l'état de quinine brute, de quinine pure et d'hydrate de quinine cristalisé.

Nous allons indiquer rapidement ici les divers procédés à l'aide desquels on peut préparer ces trois produits particuliers, et les proprietés qui les caractérisent.

Pour obtenir la quinine brute telle qu'on l'a jusqu'ici employée en médecine, on précipite par la chaux les décoctions acides de quinquina jaune; le précipité, lavé et desséché exactement, est ensuite traité par l'alcool bouillant qui lui enlève la quinine et la cinchonine qu'il renferme, beaucoup de matière colorante, et une certaine quantité de sulfate et de carbonate calcinés. La liqueur alcoolique, soumise à la distillation et à l'évaporation, laisse pour résidu un mélange de toutes ces substances. On traite ce mélange par l'alcool froid à 28 ou 30°, qui le dissout incomplètement, de telle sorte que, si l'on filtre la solution, on obtient d'une part, sur le filtre, du sulfate et du carbonate de chaux, une matière colorante devenue insoluble et une partie de la cinchonine qui est moins neutre que la quinine dans l'alcool faible et froid. D'un autre côté, le liquide alcoolique renferme toute la quinine, une partie de la cinchonine et une matière colorante qui lui donne une couleur d'un brun foncé; ce dernier produit constitue la quinine brute proprement dite.

Elle se présente sous la forme d'une masse résineuse, cassante, translucide quand elle est en lames minces; elle se ramollit très promptement sous la dent ou entre les doigts; sa poudre a la couleur de celle du jalap, sa saveur est à peine amère; si on l'abandonne dans l'eau légèrement alcoolisée, elle s'hydrate, prend un aspect grenu et une couleur beaucoup moins foncée.

Elle se dissout facilement dans l'alcool et dans les acides, et si on traite par le charbon animal la dissolution qu'elle forme avec ceux-ci, elle fournit un mélange, presque incolore, de sels de quinine et de cinchonine.

Veut-on achever la purification des sels, et surtout séparer le sel de quinine du sel de cinchonine dont il est imprégné, il faut successivement, plusieurs fois, faire cristalliser ce sel, le redissoudre et le traiter par le charbon animal; on le dépouille ainsi de la matière colorante qui a échappé précédemment au charbon et du sel de cinchonine qui reste dans les eaux-mères.

De la quinine pure.

C'est avec un sel de quinine ainsi purifié que l'on peut obtenir de la quinine pure.

Lorsqu'on s'est assuré qu'il ne retient plus

ni cinchonine ni matière colorante, on le redissout et on précipite la solution par l'ammoniaque. On recueille le précipité, on le lave convenablement pour dépouiller du sulfate ammoniacal dont il est imprégné, et on obtient ainsi la quinine pure en masse blanche et pulvérulente sans aucune apparence cristalline.

Cette quinine est sensiblement insoluble dans l'eau pure, cependant elle est naturellement amère au goût, surtout si on la compare à la quinine brute.

La quinine pure cristallise très difficilement : cependant, M. Pelletier est parvenu à l'obtenir avec une forme cristalline en la laissant dissoudre dans l'alcool à 40° et en l'abandonnant à elle-même dans un endroit froid et sec.

Elle s'est présentée alors en houppes soyeuses composées de filets qu'on a pu reconnaître au microscope pour des prismes allongés.

MM. Henri et Delondre ont reconnu, dans ces derniers temps, que la quinine pouvait former, avec l'eau, une combinaison définie, un véritable hydrate formé d'un atôme d'eau et d'un atôme de quinine. Cet hydrate cristallise en prismes allongés à six pans susceptibles de s'effleurir. Exposés à l'action de la chaleur, les cristaux se réunissent d'abord, puis se réduisent en une poudre blanche et se fondent vers le 155e degré en une résine jaune, translucide et friable comme celle de la colophane.

Pour obtenir cet hydrate, on prend un sel quinine cristallisé et parfaitement pur, on le dissout dans une grande quantité d'eau, et on précipite la quinine par l'ammoniaque ; le précipité, lavé convenablement, est dissous à chaud dans l'alcool à 32°, et la solution est additionnée d'eau jusqu'à ce qu'elle devienne laiteuse. On l'abandonne alors à l'air libre, et en peu de jours, les parois du vase sont tapissés de cristaux radiés d'hydrate de quinine d'un très bel aspect.

F. Boudet.

IX. NOTE SUR LE CYANURE DE POTASSIUM.

Notre savant collègue, M. F. Boudet, a publié, dans l'un des derniers numéros du journal des *Connaissances Médico-Chirurgicales*, des *Observations sur la préparation du cyanure de potassium pour l'usage médical*, tendant à exclure des pharmacies tous les cyanures potassiques préparés autrement que par la fusion du cyanure jaune de potassium et de fer.

Tous les pharmaciens qui connaissent le peu de stabilité du cyanure de potassium partageront entièrement l'opinion de M. Boudet, et se rangeront à son avis. Mais il en est (et je suis de ce nombre) qui demandent l'exclusion absolue du cyanure de potassium pour l'usage médical ; car ce sel, préparé même par le meilleur procédé, est loin d'offrir toutes les garanties que les médecins exigent des agens thérapeutiques qu'ils emploient. Voici un fait qui prouve combien mon opinion est fondée.

Un petit flacon de cyanure de potassium d'une blancheur et d'une pureté parfaites, que je devais à l'obligeance de M. F. Boudet, fut placé dans l'armoire destinée à contenir les poisons. Je me servis plusieurs fois de ce flacon que je bouchais toujours avec infiniment de soin ; mais malgré cette précaution, je ne pus éviter que le cyanure n'attirât l'humidité, et enfin qu'il ne se réduisît en une sorte de bouillie noirâtre. On pense bien que je jetai promptement ce cyanure, et que j'en préparerai d'autre qui aura probablement le même sort.

Ce fait-là, si je ne m'abuse, est constant, et motive suffisamment le désir que j'ai de voir bannir ce médicament de nos pharmacies ; et ce désir sera celui de tous les praticiens qui se rappelleront les empoisonnemens signalés par MM. Orfila, Richard et Trouvé (1).

Boutigny, *d'Evreux*.

(1) L'observation de M. le docteur Richard a été insérée dans le premier numéro du *Recueil de la Société libre d'agriculture de l'Eure* pour l'année 1834.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

I. RAPPORT ADRESSÉ A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DU COMMERCE, PAR M. DE SÉGUR DU PEYRON, SUR LES QUARANTAINES.

La question des quarantaines, en tant que mesure administrative et hygiénique, a toujours été examinée avec un esprit de partialité dont les médecins surtout ont donné le triste exemple. Les uns, dévoués à l'administration dont ils attendaient quelque chose, les autres, hostiles au pouvoir et infatués ou de l'importance de leurs recherches ou désireux de se faire une réputation qu'ils n'eussent pu acquérir d'une autre manière ; tous, en un mot, ont traité la question de manière à inspirer une juste défiance à ceux qui cherchaient de bonne foi la vérité. Or, l'exagération brutale des ennemis du système quarantenaire, a empêché l'administration de faire les améliorations que les bons esprits désiraient depuis long-temps. M. de Ségur, que sa position de secrétaire du conseil supérieur de santé mettait à même de connaître à fond tout ce qui concernait le régime des quarantaines, et qui avait étudié la matière avec talent et probité, voulut acquérir des notions plus complètes, et non content de ce que pouvait lui fournir la correspondance diplomatique, non content de ces enquêtes furtives que l'on décore quelquefois du nom de documens officiels (parce qu'elles sont revêtues de signatures légalisées), il sollicita du gouvernement l'ordre de procéder à une *enquête sur les divers régimes sanitaires de la Méditerranée et sur les modifications qui pourraient être apportées aux tableaux qui fixent la durée des quarantaines en France*. Il alla donc lui-même, revêtu d'un caractère public, visiter tous les lazarets et prendre sur les lieux et auprès des administrations tous les renseignemens nécessaires à l'élucidation de l'importante question qu'il avait à résoudre. — De retour en France, après une longue absence, il rédigea le rapport dont nous allons donner l'analyse.

Dans ce rapport, il y a deux questions dis-

tinctes : la question administrative, qui n'est pas de notre ressort et dont nous ne nous occuperons pas, et la question d'hygiène publique, qui seule doit intéresser les médecins. M. de Ségur examine d'abord ce qui est relatif à la peste, et si la fréquence des importations de cette terrible maladie est en rapport direct avec la plus grande activité commerciale ; ensuite si la peste vient moins souvent dans les lazarets, qu'elle ne venait autrefois dans les villes ; enfin il cherche à apprécier si cette maladie vient d'une contrée du Levant plutôt que d'une autre.

A. *Les importations de la peste en Europe, sont-elles en rapport direct avec la plus grande activité commerciale ?*

Venise, jadis maîtresse du commerce et de la navigation de la Méditerranée, fixe d'abord l'attention de M. de Ségur. C'est dans le dixième siècle que commence l'importance commerciale de cette ville : deux irruptions de peste signalent cette époque, l'une en 938, l'autre en 991. Au onzième siècle les relations maritimes de Venise, se multiplient et cinq invasions en sont la conséquence. Dans le douzième siècle les vaisseaux de la république transportent les croisés dans l'Egypte et la Syrie et en reviennent chargés de marchandises et de dépouilles, et la peste se déclare quinze fois.

Dans le siècle suivant, l'Egypte et la Palestine étaient au pouvoir des Musulmans, le commerce ne se faisait plus qu'avec Constantinople, qui alors appartenait aux Français et aux Vénitiens, et Venise, en quarante-cinq ans, n'a qu'une fois la peste. Enfin, en lisant avec soin les renseignemens historiques précieux, recueillis par M. de Ségur, on reste convaincu que, toujours pour Venise comme pour Gênes, *les importations de la peste ont été en rapport direct avec la plus grande activité du commerce.*

Au milieu du quinzième siècle, on comprend la nécessité des mesures sanitaires, et la peste ne se montre que cinq fois dans le siècle suivant.

Au dix-septième siècle, époque où les mesures sanitaires sont enfin sévèrement constituées, elle ne se montre qu'une fois, encore fut-elle apportée d'Allemagne avec l'armée impériale. Il y aurait donc eu :

Au 10e siècle		2 invasions.
11e	—	5
12e	—	15
13e	—	10
14e	—	14
15e	—	11
16e	—	5
17e	—	1
18e	—	0
19e	—	0

Maintenant M. de Ségur nous reporte à Marseille, qui devint à son tour la plus importante ville commerciale de la Méditerranée. Il nous la montre ayant quatorze pestes en cent soixante-deux ans, dans les seizième et dix-septième siècles ; mais dans cette ville, à partir de 1650, on prend les mesures sanitaires les plus énergiques, et la peste est soixante-dix ans sans reparaître. Depuis 1720, c'est-à-dire depuis cent quatorze ans la peste ne s'est plus remontrée dans la ville.

B. *La peste vient-elle moins souvent dans les lazarets qu'elle ne venait autrefois dans les villes ?*

C'est encore Marseille qui va résoudre le problème. M. de Ségur constate, d'après les registres de l'intendance sanitaire de cette ville, que, depuis 1720, elle s'est montrée en quatorze années différentes, c'est-à-dire presque autant qu'à Venise, alors que cette république était le plus souvent ravagée par le fléau. D'où l'auteur conclut que la maladie n'a rien perdu de son pouvoir de s'étendre jusqu'à nous, et que le commerce transporte encore la peste comme autrefois.

C. Quant à la troisième question, *si la peste est originaire plutôt d'une contrée du Levant que d'une autre ?* il démontre que les invasions de peste ont été d'autant plus fréquentes dans les ports de France et d'Italie que les relations ont été plus communes avec l'Egypte et la Syrie ; qu'elles ont diminué lorsque l'on a fait seulement le commerce avec Constantinople et la Mer Noire ; d'où il semblerait possible de conclure que la peste est originaire de l'Egypte et de la Syrie.

Nous bornerons ici ce que nous avions à dire de l'important ouvrage de M. de Ségur sur les quarantaines, ce qui concerne la fièvre jaune étant purement administratif.

Mais quand on a lu ce rapport si parfaitement empreint de bonne logique et d'amour de la vérité, on regrette, pour l'honneur de notre profession, qu'il ne soit pas l'ouvrage d'un médecin ; mais aussi l'on demeure convaincu que cette façon simple d'exposer les choses a un grand avantage sur les criailleries passionnées que nous entendons depuis si long-temps contre les quarantaines, puisque l'administration, sur les conclusions de M. de Ségur, a singulièrement abrégé la durée des quarantaines, modifié le système des purifications, et délivré le commerce de toutes les entraves qu'il était permis d'enlever sans compromettre la santé publique.

A. T.

—

II. TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES BLESSURES PAR LES ARMES DE GUERRE, RÉDIGÉ D'APRÈS LES LEÇONS CLINIQUES DE M. LE BARON DUPUYTREN, ET PUBLIÉ SOUS SA DIRECTION PAR MM. LES DOCTEURS PAILLARD ET MARX. PARIS, 1834.

« L'ouvrage que nous publions doit sa nais-
« sance aux combats de juillet 1830. Les nom-
« breux blessés par armes à feu, qui refluèrent
« alors à l'Hôtel-Dieu de Paris, engagèrent
« M. Dupuytren à exploiter la circonstance au
« profit de l'instruction des élèves qui viennent
« en foule suivre chaque jour ses visites et son
« cours de clinique chirurgicale. » Tel est le début de MM. Paillard et Marx, qui, à leur tour, exploitent les leçons du savant professeur au profit de ceux qui n'ont pu les entendre. Si ces leçons ont perdu, sous leur plume, quelque chose de la diction pure et facile du maître, elles y ont gagné des développemens qui ne peuvent que les rendre plus utiles. Passons rapidement sur la préface que remplissent tout entière : 1° le récit, fait par M. Dupuytren lui-même, de ses deux campagnes, l'une à la Villette, en 1814, l'autre à l'Hôtel-Dieu, en 1830 ;

2° une ébauche historique sur la chirurgie militaire depuis Sem et Cham, fils de Noé, jusqu'au siége d'Anvers.

Ce n'est guère qu'aux élèves qu'un ouvrage didactique, quel que soit d'ailleurs son mérite, est susceptible d'offrir un intérêt d'ensemble; les hommes à qui la science est déjà familière ne peuvent y chercher qu'un petit nombre d'objets de détail, présentés sous un nouveau jour, dépouillés d'une importance usurpée, ou replacés au rang que leur assigne une judicieuse appréciation. Ces points saillans, nous éprouvons quelque embarras à l'avouer, sont fort rares dans le résumé des leçons de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu; mais s'il n'a fait en quelque sorte que justifier les opinions et les préceptes des Percy, des Larrey, et d'autres hommes plus anciens et non moins recommandables, son témoignage est du moins une garantie de plus qui ne peut que nous faire sentir davantage le haut prix de celles que nous possédions déjà. Au reste, hâtons-nous de dire que le volume que nous avons sous les yeux ne renferme guère que les règles les plus générales de la chirurgie militaire, et que le volume suivant, où les spécialités seront exposées, sera empreint sans aucun doute d'une couleur plus neuve et plus originale.

Après une description longue, et parfois tout à fait technique, des différentes armes de guerre, depuis la *framée* jusqu'au *bancal*, depuis la fronde jusqu'au fusil à piston, depuis la catapulte jusqu'au mortier Paixhans; après l'étude de la composition, du mécanisme, de la manière d'agir de tous les instrumens de destruction employés de nos jours, arrive la classification méthodique des effets qu'ils produisent sur le corps humain. Au premier rang, figurent les plaies par instrument piquant. Sur les indications de M. Dupuytren, M. Filhos, élève interne de l'Hôtel-Dieu, a vérifié la forme et la direction qu'affectent ces plaies, quand elles sont dues à un instrument piquant et arrondi, en se servant d'un poinçon de trois pouces de longueur, et dont le plus grand diamètre dépassait à peine trois lignes. « Il a obtenu constamment de petites plaies allongées, à deux « bords égaux et rapprochés, à angles très aigus, dirigées en divers sens sur les différentes parties du corps, mais toujours dans « le même sens sur la même partie. » Ce fait, outre l'importance qu'il peut avoir dans certains cas de médecine légale, ne sera pas inutile aux recherches sur la structure de la peau.—La piqûre des tendons et autres organes fibreux offre d'autres dangers que celui de l'étranglement des parties sous-jacentes; et celle des os détermine des nécroses, et par suite des abcès qui doivent être ouverts de bonne heure, même long-temps avant que le séquestre soit détaché, si l'on ne veut les voir s'agrandir, étendre la dénudation des os, et produire de plus grandes nécroses. Enfin, quand un instrument piquant pénètre dans une articulation, l'application d'un large vésicatoire sur la plaie elle-même, conseillée par Fleury, de Clermont, est employée avec succès. On pourrait l'essayer sur d'autres parties du corps. Dans le tétanos, accident qui n'est point rare à la suite des blessures de ce genre, M. Dupuytren conseille, lorsqu'il y a spasme du pharynx, d'administrer les médicamens par le rectum; de cette manière ils ont plus d'efficacité : « Car le rectum « n'ayant point, comme l'estomac, la faculté « d'altérer, de digérer les matières portées dans « sa cavité, leur action est plus prompte et plus « forte. Aussi les doses des médicamens em- « ployés par le rectum doivent-elles être moitié « moindres que celles qui sont administrées par « la bouche. » — Dans les plaies par instrumens tranchans, M. Larrey a vu les extrémités des nerfs coupés s'anastomoser ensemble; MM. Arnal et Cruveilhier n'ont pu vérifier cette disposition; MM. Breschet et Raspail ont vu les bouts des nerfs, non point anastomosés, mais unis par un tissu cellulaire fibreux. Au reste, ces faits négatifs ne détruisent pas un fait positif : il faut observer encore. Parmi les moyens de réunion des plaies par instrumens tranchans, les sutures occupent l'un des premiers rangs; leurs diverses espèces sont décrites avec soin, et les avantages ou les inconvéniens de chacune d'elles suivant les parties, surtout quand elles doivent être appliquées sur l'intestin, sont judicieusement appréciés par MM. Marx et Paillard. La pratique de la succion est blâmée comme pouvant prolonger les hémorrhagies en détruisant continuellement le caillot. Cette question, vu l'autorité de Lamotte, de John Bell qui la décident dans un sens contraire à celui qu'adopte M. Dupuytren, semblait demander un examen plus approfondi. — Dans les cas d'écrasement, quelle que soit la cause qui les a produits, si la peau est intacte, si le foyer de l'écrasement n'a pas de communication avec l'air extérieur, il faut éviter autant qu'on le peut d'établir une telle communication; quand elle existe, au contraire, il faut agrandir les ouvertures, évacuer le sang et les corps étrangers, et prévenir l'étranglement, etc.

Jusqu'ici, bien que nous ayons dépassé la moitié du volume, il est à peine question de la chirurgie militaire, et presque tous les exemples cités sont puisés dans la pratique civile. Mais nous arrivons aux plaies d'armes à feu. Deux observations, intéressantes sous le rapport médico-légal, prouvent que, même à la distance de six pas, une simple bourre de papier peut donner la mort. Plus loin, des expériences curieuses, faites sur des corps de diverses densités, établissent des faits importans. « 1° Lorsque les parties molles d'une région « quelconque du corps sont traversées par une « balle tirée à une certaine distance, l'ouver- « ture d'entrée est constamment plus petite que « l'ouverture de sortie. Celle-ci est inégale, dé- « chirée; la première est ronde, nette, et comme « faite à l'aide d'un emporte-pièce. Si la balle « est lancée à bout portant, l'ouverture de sor- « tie sera, comme dans le premier cas, inégale « et déchirée, mais l'ouverture d'entrée sera « plus large encore, évasée en forme d'en- « tonnoir, noire, brûlée, couverte de charbon « et de grains de poudre. » Ainsi le canal creusé par le projectile est toujours conoïde au lieu d'être cylindrique, mais la base du cône n'est pas constamment du même côté. De là, la nécessité du débridement, des contre-ouvertures, etc. Cette différence entre les ouvertures se remarque même au crâne, ce qui détruit l'opi-

nion avancée par Ledran et par M. Richerand, savoir, que l'étroitesse de l'ouverture d'entrée dépend de la violence plus grande de la contusion, et du gonflement qui en est la suite. Les mêmes phénomènes ont lieu, quelle que soit la matière du corps vulnérant, mais rien ne peut faire préjuger quelle est cette matière; les expériences de M. Paillard à ce sujet laissent peu de chose à désirer. Cependant M. Larrey affirme, et son assertion est sans contredit d'un très grand poids, que les billes de marbre occasionent plus d'accidens que les balles de plomb.

Après avoir décrit les effets purement physiques des projectiles lancés par les armes à feu, M. Dupuytren étudie leurs effets vitaux, comme il les appelle, et passe en revue les plaies simples d'abord, puis celles qui sont accompagnées de lésions des différens tissus. Dans les cas de fracture, il attribue une haute importance à la division des esquilles en primaires (complètement détachées par le corps vulnérant), secondaires. (incomplétement séparées de l'os), et tertiaires (ocasionées consécutivement par la nécrose résultant de la contusion et de l'inflammation). Les premières doivent être enlevées tout de suite, les secondes aussitôt que leur extraction ne peut plus être accompagnée d'hémorrhagies, de douleurs vives, etc., les troisièmes quand la nature a achevé son travail d'élimination. Il appelle ensuite l'attention sur les hémorrhagies consécutives *en nappe*, qui se font sur toute la surface des plaies, et ne cèdent qu'à la ligature des gros vaisseaux dont les ramifications sont ouvertes par la chute des escharres et la diminution du gonflement. Il s'élève contre la timidité avec laquelle on pratique quelquefois les débridemens, et combat l'opinion de Hunter, de Botal, de Samuel Cooper qui les proscrivent, et celle des chirurgiens qui croient les remplacer efficacement par de nombreuses applications de sangsues. Mais il veut qu'on s'abstienne de débrider sur les parties peu fournies de chairs, où l'étranglement n'est pas à redouter, et surtout qu'on ne débride jamais avant que la commotion et la stupeur, soit locales, soit générales, aient complétement disparu, et que l'action organique des tissus soit rétablie. Il blâme « cette diète « rigoureuse, mortelle, que quelques médecins « font observer par système à leurs malades. « Elle affaiblit beaucoup les blessés, les em- « pêche de réagir contre les causes débilitantes « au milieu desquelles ils se trouvent placés; et « ce n'est ensuite qu'avec beaucoup de peine et « de temps qu'on peut les ramener à une ali- « mentation convenable, l'estomac ayant, pour « ainsi dire, perdu la faculté de digérer..... « La diète doit être gouvernée d'ailleurs sui- « vant les constitutions, les habitudes, les lo- « calités.....; des alimens difficiles à digérer, de « l'eau-de-vie, du vin, étaient donnés aux Rus- « ses à Paris, en 1814, pendant les périodes « aiguës de leurs maladies, pendant les épo- « ques inflammatoires de leurs blessures, et ils « n'en éprouvèrent aucun inconvénient. » M. Dupuytren recommande encore l'usage des laxatifs, et le cathétérisme. « La position horizon- « tale et le décubitus sur le dos sont une des « raisons qui font que les malades vident difficilement leur vessie. Plus de vingt-cinq bles- « sés ont présenté cet état en juillet 1830. « Dans cet état, la vessie n'est jamais vidée « complètement; il ne sort qu'un quantité d'u- « rine très inférieure à celle qui est déposée « dans cet organe, et les malades finissent « par uriner, comme on dit, par regorgement». — Les fractures comminutives, surtout des os des membres inférieurs, exigent presque toujours l'amputation immédiate. Néanmoins, « si l'on juge que le malade pourra suppor- « ter la longueur du traitement, courir les chan- « ces d'accidens inflammatoires graves, d'une « suppuration abondante, etc.; etc., on fera « de larges et profonds débridemens aux « plaies, etc...,» La question des appareils permanens, décidée favorablement par Dieffenbach et par M. Larrey, est à peine effleurée; mais à ce propos, MM. Paillard et Marx font connaître une modification ingénieuse et simple apportée aux *lacs* des appareils de fractures par M. le docteur Seutin. Ce chirurgien, au lieu de rubans de fil noués sur l'une des arêtes de l'attelle, emploie un lien garni d'une boucle en métal à l'une de ses extrémités, ce qui en prévient le relâchement et permet de serrer ou de desserrer l'appareil sans imprimer la moindre secousse au membre. Quand les plaies d'armes à feu intéressent les nerfs dans une partie seulement de leur diamètre, on ne peut opposer aux accidens convulsifs que la section complète du nerf lésé. La paralysie que produit cette section disparaît quelquefois, surtout si l'on a soin de rapprocher les extrémités du nerf coupé, et de favoriser ainsi leur réunion; etc.

Dans un dernier chapitre, M. Dupuytren examine quels sont les cas d'amputation, et à quelle époque cette opération doit être pratiquée quand le résultat immédiat de la blessure est de la rendre inévitable. Les vastes plaies des parties molles avec une grande déperdition de substance aux tégumens; le fracas des os, avec esquilles nombreuses et délabrement des parties voisines; les lésions graves des grandes articulations; l'ouverture des gros troncs artériels quand elle complique les fractures comminutives; l'ablation d'un membre par un boulet, quelque complète, quelque régulière qu'elle puisse être; telles sont les circonstances qui exigent primitivement l'amputation. Elle doit être faite aussitôt qu'elle est reconnue indispensable, sans attendre que la stupeur soit dissipée, et bien moins encore que la gangrène se soit bornée d'elle-même. Les nécroses, les fistules, les ulcères incurables etc., sont les accidens qui exigent d'ordinaire l'amputation consécutive. Le procédé opératoire varie suivant les cas; M. Dupuytren n'accorde la préférence à aucun; dans les amputations primitives, la réunion immédiate lui paraît offrir de grands avantages.

En terminant cette analyse, si on peut appeler ainsi ce travail, nous prions nos lecteurs d'en excuser le décousu. Forcés de nous borner, soit à indiquer le plan de l'ouvrage de MM. Paillard et Marx, à en énumérer les chapitres, soit à faire connaître succinctement les idées du maître sur quelques points capitaux, nous avons pris ce dernier parti comme le moins mauvais. CHAMBEYRON, D. M. P.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Août 1834.

Les principaux articles originaux sont : 1° La suite et la fin du Mémoire de M. Rognetta sur la *divulsion traumatique des épiphyses;* 2° Quelques *nouvelles observations sur les bruits du cœur;* par M. Littré; 3° Le second Mémoire lu par M. Sédillot, à l'Académie des Sciences sur *l'application du dynamomètre et du mouffle au traitement des luxations;* 4° Une *excision de polype fibreux dans la cavité utérine*, par M. Lisfranc; 5° L'*observation d'une affection calculeuse qui a exigé, dans l'espace de six années, une opération de la taille et quatre opérations de lithotripsie;* recueillie dans la pratique de M. Amussat, et publiée par le docteur Ch. Pillips, de Liége; 6° Un *Mémoire sur l'insuffisance des valvules sigmoïdes aortiques;* thèse de M. le docteur Guyot; 7° Plusieurs observations recueillies à l'hôpital des Enfans; par M. Constant, dans le service de M. Guersent, et dont les plus remarquables sont : A. *Une fièvre grave ayant présenté les caractères d'une dothinentérie, qui s'est terminée par la gangrène de presque tout un poumon et par la mort; à l'autopsie, le cerveau et l'appareil digestif ont été trouvés sains.* B. *Des accès épileptiformes guéris par une éruption de rougeole boutonneuse :* à ce propos, l'auteur de l'article touche un mot des bienfaits de la fièvre, et rappele justement l'exclamation de Bordeu : *La fièvre est un secours, et cependant on ne cherche qu'à l'éteindre!* C. *Deux cas de pneumonie bilieuse immédiatement soulagée et rapidement guérie par l'administration des vomitifs.* D. *Une carie vertébrale double; mort subite par suite de la luxation de l'occipital sur l'atlas; destruction du condyle gauche de l'occipital; carie d'une portion de l'atlas et de l'axis, et des* 8e, 9e *et* 10e *vertèbres dorsales; état sain de la moelle épinière.*

Dans la *Correspondance*, nous trouvons : 1° Plusieurs *observations de monomanie homicide*, du docteur Henri Joffre, de Villeneuve-de-Berg. 2° Une observation de *rigidité du col utérin faisant obstacle à l'accouchement;* par le docteur Duplat, de Neuville-sur-Saône : au bout de six jours de travail, au moment où les consultans songeaient à la section du col utérin, le col se rompit et l'accouchement fut terminé à l'aide du forceps; la malade succomba huit jours après l'accouchement à une fièvre gangréneuse et ataxique.

Mémoire sur l'insuffisance des valvuves sygmoïdes aortiques; thèse de M. le docteur Guyot, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Toutes les fois que, par une cause quelconque, les valvules du cœur sont mises hors d'état de remplir leurs fonctions de soupapes, il y a *insuffisance.* Il ne s'agit ici que des valvules sygmoïdes aortiques. L'auteur de ce Mémoire énumère les causes qui peuvent s'opposer à l'exacte application des valvules sygmoïdes aortiques : 1° La transformation fibro-cartilagineuse, osseuse, ou pétrée des vavules, pourvu que cette dégénérescence organique envahisse toute ou presque toute la valvule; 2° la destruction partielle des bords libres ou des faces des valvules qui deviennent ainsi réticulaires; 3° la rupture d'une ou plusieurs valvules; 4° une dilatation de l'aorte s'étendant jusqu'à son orifice, et rendant les valvules insuffisantes; 5° enfin certaines hypérémies actives et circonscrites aux valvules.—Deux catégories de symptômes, suivant M. Guyot, doivent être ici distinguées : *A.* A la première se rattachent les cas dans lesquels les valvules sont tellement imprégnés de sels calcaires qu'elles ne peuvent se soulever dans le moment de la systole et qu'elles forment un plancher à ouverture centrale et étroite qui livre au sang un passage difficile. *B.* Dans la seconde, les valvules cèdent facilement au mouvement de systole du cœur et lui laissent un libre passage, mais elles permettent aussi un reflux considérable du sang de l'aorte vers le cœur. C'est à cette dernière division que se rapportent les observations citées dans le Mémoire. Les trois phénomènes principaux qui correspondent à cet état sont : 1° *Le remplacement du bruit clair du cœur par un bruit de soufflet considérable qui s'entend au niveau du cœur, de l'aorte ascendante, des artères carotides et des sous-clavières;* 2° *les pulsations visibles des artères du col, de la tête et des membres supérieurs;* 3° *La force, la fréquence et la vibration du pouls.* — On conçoit toute la gravité d'une pareille lésion. Le malade vit d'autant plus long-temps que le cœur conserve plus long-temps sa force contractile, force si nécessaire pour repousser continuellement le sang refluant. Aussi, suivant l'observation de M. Corrigan, professeur d'Edimbourg, qui le premier a mis en lumière ce sujet de pathologie, les saignées ne conviennent pas : il faut la menace d'une phlegmasie grave ou l'imminence d'une phléthore funeste pour déterminer aux émissions sanguines le médecin prudent; encore devra-t-il y renoncer dès que ce sera possible. — Le régime doit être réglé d'après cette indication. — Il est évident qu'il n'y a de possible qu'un traitement palliatif.

Excision d'un polype fibreux dans la cavité utérine par M. Lisfranc. — Il s'agit dans cette observation d'un polype fibreux siégeant encore dans l'utérus, à un pouce environ au dessus du museau de tanche, dont on pouvait atteindre le pédicule à droite et en avant seulement à travers le col utérin dilaté : la malade perdait ses forces, prenait déjà une teinte jaunâtre; l'inappétence et l'insomnie ruinaient sa constitution; tout indiquait l'ablation de la tumeur.

Après quinze jours de traitement préparatoire, consistant en injections, en bains entiers, en lavemens émolliens, en régime de viandes blanches et de facile digestion, l'opération fut décidée. M. Lisfranc introduisit dans le vagin son spéculum à deux branches, découvrit les lèvres du col utérin, implanta dans la lèvre antérieure une pince-airigne de Museux, et retira le spéculum. La pince fut ensuite attirée lentement vers la vulve, tandis qu'un aide appliquait la main sur l'hypogastre. En moins de deux minutes, la lèvre antérieure fut amenée au niveau de la vulve : la lèvre postérieure n'ayant

pas d'abord suivi, dut être attirée semblablement.

De vaines tentatives furent faites pour la ligature, d'abord avec les instrumens de Levret, ensuite avec ceux de Desault.

C'est alors que M. Lisfranc entreprit l'excision : à force de tractions, l'extrémité du polype apparaissant à la vulve, mais le seul côté de son pédicule que le doigt pût atteindre remontant à plus de deux pouces, l'opérateur guida vers ce pédicule, au moyen de l'indicateur gauche, de longs ciseaux courbes sur le plat qu'il ouvrit et avec lesquels il entama le pédicule. Semblable manœuvre fut faite du côté opposé sur le corps même du polype; puis le bistouri boutonné et le bistouri convexe furent employés à diverses reprises pour achever la section.

L'opération dura une heure, fut supportée avec courage et sans douleur extrême.

De petites saignées et des potions laudanisées furent la base du traitement consécutif. Il n'y eut point d'accident. Les symptômes dépendant du polype se dissipèrent, et huit jours après l'opération la malade était dans un état excellent. Quoique la moitié seulement du polype ait été enlevée, on a lieu de croire que la portion restante a été, en très grande partie, emportée par la suppuration.

L'auteur de cet article fait remarquer,

1° Que la saisie du col utérin par les airignes, qu'on aurait pu croire une manœuvre cruelle et hasardeuse, n'a presque point causé de douleur et n'a été suivie d'aucun accident;

2° Que les tractions faites sur l'utérus pour l'amener au dehors ont été bien supportées et n'ont donné lieu à aucun symptôme de péritonite;

3° Que les saignées et l'emploi du laudanum, que M. Lisfranc recommande avec soin à la suite des graves opérations pour combattre l'inflammation possible dans ses deux élémens les plus redoutables, la congestion et la douleur, ont sans doute amené ce bon résultat.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Le Bulletin général de thérapeutique du 30 août contient les articles suivans : *Considérations thérapeutiques sur le purpura et sur son traitement;* par M. Sabatier. — *De l'efficacité des frictions mercurielles dans les phlegmasies séreuses;* par un anonyme. — *Coup d'œil thérapeutique sur les luxations traumatiques de la cuisse. Description d'un nouveau procédé de réduction;* par M. Rognetta. — *De la cautérisation cornéenne dans le traitement de l'amaurose et de la mydriase;* par M. Serre d'Uzès.

Les trois premiers mémoires ne présentant rien qui puisse intéresser nos lecteurs, nous n'analyserons que le travail de M. Serre. Toutefois nous extrairons du mémoire de M. Rognetta, la description d'un nouveau procédé de réduction des luxations de la cuisse, procédé fort bien exposé dans le grand ouvrage de chirurgie de Monteggia, imprimé en 1814.

Méthode italienne pour la réduction des luxations du fémur : Quelle que soit l'espèce de luxation de la cuisse à laquelle on a affaire, le malade est couché en supination sur un matelas placé par terre. Plusieurs aides assujettissent le corps dans cette position. Le chirurgien saisit le membre luxé, l'élève en l'air comme pour le fléchir sur le bassin, et, par là, met en relâchement tous les muscles fémoro-pelviens. Ensuite, seul ou de concert avec un aide vigoureux, il tire fortement et subitement ce membre en haut, comme pour soulever le bassin; en même temps il fait tourner le fémur sur son axe, en le portant dans une direction opposée à celle où il se trouve par l'effet du déplacement. On recommence plusieurs fois la même manœuvre, s'il est nécessaire, et la luxation se réduit avec une extrême facilité.

De la cautérisation de la cornée dans le traitement de l'amaurose et de la mydriase (1), par M. le docteur Serre d'Uzès. — L'auteur rappelle d'abord que, long-temps avant lui, on avait eu l'idée de porter une médication irritante sur la cornée, dans le but de guérir l'amaurose. Les anciens faisaient, dans ce but, des frictions sur la cornée avec un épi de blé; et Taylor, jadis, frottait cette membrane avec une pierre ponce ou une lame d'or, garnie d'aspérités. La méthode de M. Serre, beaucoup plus simple, plus facile et moins douloureuse, consiste à se servir du nitrate d'argent fondu. Ce procédé consiste à promener légèrement, sur le bord du segment inférieur de la cornée lucide (le lieu est de rigueur), un petit crayon de nitrate d'argent fondu, jusqu'à l'apparition d'un petit nuage sur le point cautérisé; alors on lave l'œil à grande eau pour dissoudre l'excédant du caustique, et diminuer l'irritation passagère qui est le résultat de la cautérisation.

A l'appui de cette méthode, M. Serre rapporte huit observations. La plupart ont trait à des amauroses qui avaient apparu presque subitement, et dont la durée ne datait que de très peu de temps, ou bien à des mydriases dépendant de violences extérieures. Ces faits prouvent peu en faveur du traitement de M. Serre, dans l'amaurose chronique; mais ils démontrent pourtant, que la cautérisation du segment inférieur de la cornée, est un moyen précieux dans beaucoup de circonstances où l'art, jusqu'ici, *était presque impuissant.*

Le numéro du Bulletin de thérapeutique, du 15 septembre, renferme les mémoires suivans : *Des fumigations pulmonaires avec la belladone dans la coqueluche;* par M. Fuster. — *De l'emploi de la pommade d'Antenrieth, dans le traitement de la coqueluche;* par M. Constant. — *Remarques pratiques sur les pessaires, et sur les indications qu'ils présentent;* par M. Rognetta. — *De l'application des ventouses scarifiées, d'après la méthode de M. Larrey;* par un anonyme. — *De l'emploi de la jusquiame dans la réduction des hernies et du paraphymosis;* par M. Chanel. — *Bons résultats de l'ammoniaque liquide, employée dans plusieurs cas d'ivresse;* par M. Piazza.

Le mémoire de M. Fuster, qui ne renferme d'ailleurs rien de nouveau, conseille des fumigations de décoction de feuilles de belladone, dans la deuxième période de la coqueluche. Il a dû être conduit à ce traitement par l'usage qu'on a fait depuis long-temps du même moyen, et de la décoction de datura-stramonium, dans

(1) Dilatation morbide avec immobilité quelquefois complète de la pupille.

toutes les affections réputées nerveuses des organes de la respiration.

Mais le travail de M. Constant est beaucoup plus important. Ce jeune médecin avait jadis élevé les doutes, peut-être fondés, sur l'efficacité des frictions stibiées dans le traitement de la coqueluche; aujourd'hui il vient, par des faits nouveaux, mais trop peu nombreux malheureusement, soutenir son opinion, que partagent d'ailleurs beaucoup de praticiens recommandables. Il cite l'observation de trois jeunes malades atteints de coqueluche, chez lesquels les frictions avec la pommade d'Autenrieth ont été faites et continuées avec persévérance, de manière à produire localement des pustules qui ont eu même quelque gravité. Quoique la médication ait été faite avec soin, et seulement pendant la seconde période de la maladie, on n'a pu constater aucune espèce d'amélioration.

Le mémoire de M. Rognetta ne présente rien de nouveau. Ce chirurgien insiste seulement sur la grande utilité des pessaires faits avec du caoutchouc pur, qu'il dit avoir imaginés.

La note sur le mode d'application des ventouses scarifiées, par la méthode de M. Larrey, n'est que la répétition de ce qu'on lit dans tous les traités de chirurgie ministrante.

De l'emploi de la jusquiame dans la réduction des hernies et du paraphymosis; par M. le docteur Chanel. — Tous les journaux de médecine, nationaux et étrangers, et le nôtre en particulier, ont plusieurs fois insisté sur l'utilité des applications extérieures de belladone, pour favoriser la réduction des hernies étranglées et du paraphymosis. Il était naturel de penser que le datura-stramonium, mieux encore que la belladone, et que la jusquiame et le tabac, à défaut de datura et de belladone, pourraient rendre le même service. En effet, toutes les solanées vireuses contiennent le même principe stupéfiant; et c'est par ce principe qu'elles agissent dans le traitement de la hernie étranglée. M. le docteur Chanel l'a bien pensé: aussi a-t-il appliqué la jusquiame dans les cas où la belladone avait été préconisée, et le succès a répondu à son attente. Ce praticien rapporte deux cas de hernie et un de paraphymosis réduits par cette médication. Nous applaudissons de bon cœur à ce succès; mais nous engageons nos lecteurs à se servir, en pareil cas, du datura-stramonium, la plus active des solanées, plutôt que de toute autre plante de la même famille.

Bons résultats de l'ammoniaque liquide, employée dans plusieurs cas d'ivresse; par M. le Dr Piazza. — Les recueils périodiques sont remplis de faits qui démontrent l'efficacité de l'ammoniaque liquide, employée dans l'ivresse. M. Piazza vient aujourd'hui ajouter trois nouveaux faits à ceux que nous connaissons déjà. — Un tambour but, en peu d'instans, deux bouteilles de vin blanc et une demi-bouteille d'eau-de-vie; on le rapporta ivre-mort. On mit vingt gouttes d'ammoniaque dans quatre onces d'eau, et on lui en fit avaler trois cuillerées. Six minutes après, il balbutie quelques mots. On réitère la même dose, et, peu après, il avale le reste du verre. Quelques instans après, il se met sur son séant, urine copieusement, et deux heures étaient à peine écoulées, qu'il ne restait plus de traces d'ivresse.

Un autre soldat, après avoir bu une énorme quantité de cidre et d'eau-de-vie, fut pris d'attaques convulsives et de perte de connaissance. L'ammoniaque, donnée de la même manière que dans le cas précédent, fit cesser promptement les accès convulsifs, et, en deux heures, l'ivresse fut complétement dissipée.

L'excitation physiologique n'est pas nécessaire pour la contagion de la syphilis. — Quelques médecins pensent que la syphilis ne peut être transmise que par le contact d'une partie affectée, sur un tissu en état d'excitation physiologique. Les faits suivans, empruntés à la clinique de M. Lisfranc, démontrent qu'il en est autrement. — Un jeune interne des hôpitaux accoucha une femme atteinte de vérole. Il ignorait sa maladie, et il pratiqua le toucher sans précaution. Peu de jours après, une excoriation qu'il avait à l'index s'envenima, et ne put être guérie qu'au bout d'un mois. Jusque-là on soupçonnait à peine la nature du mal; mais, quatre mois après, la peau se recouvrit d'une éruption syphilitique des plus graves. La guérison ne fut obtenue qu'à l'aide de bains de sublimé, et de l'administration intérieure du proto-iodure de mercure. — Un homme, ne soupçonnant pas qu'une de ses parentes était atteinte de syphilis, lui donna, en la quittant, un baiser qui effleura assez légèrement les lèvres. Peu de jours après, il se déclara à la bouche une ulcération vénérienne, suivie d'une éruption syphilitique de la peau. — Une nièce de ce même homme, âgée de treize ans, vient lui faire ses adieux avant de rentrer en pension, et en reçoit un baiser. Bientôt la jeune fille eut aussi un chancre syphilitique aux lèvres, et, peu après, une maladie de la peau, offrant les mêmes caractères.

REVUE MÉDICALE.

Août 1834.

La Revue de ce mois contient: 1° un long mémoire de M. Pellieux, de Beaugency, *sur la luxation de l'extrémité sternale de la clavicule en arrière;* 2° une note de M. Chailly *sur l'emploi de la poudre de seigle ergoté contre les pertes utérines dans quelques cas d'avortement;* 3° des recherches de M. Pamard *sur le traitement de diverses maladies des yeux*, travail non encore terminé; 4° des *observations pratiques sur les divers traitemens de la pneumonie*, par M. Puntous (deuxième et dernier article.)

Emploi de la poudre de seigle ergoté dans quelques cas d'avortement; par M. Chailly. — Ce mémoire a été lu à la *Société de médecine de Paris*, il paraît une réponse à quelques observations adressées à M. Chailly par quelques uns de ses confrères. M. Chailly repousse l'accusation de provocation de l'avortement: tant que l'avortement lui paraît évitable, il emploie avec le dernier scrupule tous les moyens généralement recommandés, et en particulier la saignée, si efficace dans ces cas imminens; jusque-là l'administration du seigle ergoté serait intempestive, et par conséquent criminelle. Mais, quand la perte devient excessive et me-

nace les jours de la malade, que les douleurs, de rémittentes deviennent intermittentes et expulsives, que l'utérus forme dans l'hypogastre un globe qui s'arrondit et se durcit régulièrement pendant les douleurs, etc., alors, dit M. Chailly, qu'il y a, sinon certitude, au moins aussi grande probabilité que possible, que l'avortement aura lieu, alors il faut en hâter l'accomplissement, et c'est à ce résultat nécessaire et salutaire que le seigle ergoté se montre si favorable. Il peut être prescrit à la dose d'un demi-gros en trois prises de quart d'heure en quart d'heure.

Observations pratiques sur les divers traitemens de la pneumonie, par M. Puntous. - Ce second article offre la série de conclusions que M. Puntous croit pouvoir tirer des faits de pneumonie rapportés dans son premier article. L'auteur a successivement reconnu l'utilité des émissions sanguines, du tartre stibié administré suivant la méthode ordinaire ou suivant la méthode rasorienne, du quinquina seul ou associé au camphre, une fois enfin des antheltiques. Nous pourrions faire à M. Puntous cette objection banale que la diversité même des moyens employés par lui prouve que la nature a fait à peu près chaque fois les frais de la guérison ; mais cette objection, bien qu'elle fût peut-être applicable à quelques uns des faits rapportés, ne le serait point à l'ensemble, car l'observateur que nous avons cité distingue avec soin et en général, ce nous semble, avec justesse les indications. C'est un bon travail, fait pour rappeler à l'étude des constitutions, cette source féconde d'idées et d'indications médicales. — Pour ce qui regarde la saignée, M. Puntous, cherchant à déterminer les cas où elle peut convenir, croit que c'est à l'ensemble des symptômes inflammatoires qu'il faut avoir recours pour établir cette détermination ; que l'expectoration toute seule, quel qu'en soit le caractère, n'est pas un signe suffisant ; qu'il en est de même de la couenne dite phlogistique qui est reconnue aujourd'hui si infidèle. — Outre les circonstances dans lesquelles la constitution est rhumatismale, le vésicatoire a paru aider la résolution, toutes les fois que, les émissions sanguines ayant été nuisibles ou inutiles, le pouls est resté faible et fréquent, et l'expectoration difficile, languissante, de mauvaise nature. — M. Puntous invoque, en faveur des vomitifs dans les pneumonies bilieuses, après l'autorité de Baillou, de Ramazzini, de Stoll, celle de M. Broussonnet, professeur de clinique à Montpellier. Il a vu, dans les salles de ce médecin, les faits les plus concluans pour cette méthode ; et son expérience personnelle n'a fait que le confirmer dans cette idée que, dans ces sortes d'affections, l'inflammation du poumon n'était qu'un épiphénomène, un élément, une forme de l'affection bilieuse, et il définit avec Franck la pneumonie bilieuse *une fièvre gastrique accompagnée de phlegmasie pulmonaire*. — Le traitement rasorien, que l'auteur a vu bien souvent couronné de succès dans des pneumonies très franchement inflammatoires où les saignées avaient été impuissantes, n'a jamais produit les accidens intestinaux que l'on paraît tant redouter, mais souvent, il est vrai, l'apparition d'un certain nombre d'aphthes sur la membrane muqueuse des lèvres, de la bouche et du gosier, quatre ou cinq jours après l'emploi du remède. Le succès, dans ce cas, n'a pu être attribué aux évacuations ni à la diaphorèse, puisqu'il n'était point du tout en proportion avec ces phénomènes. Une saignée préliminaire a été généralement utile pour assurer le succès de la médication, peut-être en facilitant l'absorption du médicament. - Enfin, dans plusieurs pneumonies rémittentes ou intermittentes, le quinquina ne pouvait être remplacé par rien d'aussi efficace.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES. — *Août* 1834.

ARTICLES ORIGINAUX.

1° *Remarques sur le tic douloureux;* par M. Chapman.

2° *Cas de névralgie traités par le galvanisme;* par le docteur Harris.

3° *Affections traitées dans la maison de charité de Baltimore;* par le docteur Miller. Paraplégie, paralysie générale, l'une et l'autre guéries par le galvanisme.

4° *De la pneumonie des enfans;* par le docteur Gerhard.

5° *De la belladone dans la coqueluche;* par le docteur Jackson.

6° *Fracture non consolidée de l'humérus guérie par le frottement des fragmens;* par le docteur Parrish.

7° *Hypertrophie des mamelles;* par le docteur Huston.

8° *Remarques sur la lithotomie;* par le docteur Finley.

9° *Destruction de l'utérus, du périnée et du rectum, après l'accouchement; guérison;* par le docteur Smith.

Remarques sur le tic douloureux, *avec des observations;* par M. Chapman, professeur en l'université de Pensylvanie. — Le *tic douloureux* n'est pas exclusivement borné, comme semblerait le croire Fothergill, aux grandes divisions du nerf facial et de la cinquième paire ; aucun nerf, cérébral ou ganglionaire, n'est complétement à l'abri de cette maladie. Tantôt elle a son origine dans l'un des centres nerveux, et l'un des cordons qui en partent la porte jusqu'à ses dernières ramifications; tantôt l'inverse a lieu et, née à la périphérie, elle est réfléchie vers le centre. Dans l'un et l'autre de ces deux modes, elle se présente sous sa forme la plus simple ; mais souvent elle envahit plusieurs nerfs de la même classe, ou de classes différentes : alors son aspect est beaucoup plus complexe. Elle est ordinairement précédée de quelques troubles, surtout de l'estomac et de l'utérus, de douleurs arthritiques, etc. Le point du corps où la douleur se fait sentir, et le trajet qu'elle parcourt indiquent assez exactement le nerf qui en est le siége. Parmi les causes qui en favorisent le développement, le premier rang appartient sans contredit aux effluves marécageux, et nulle part elle n'est plus commune que dans

les pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, et dans les années où ces fièvres sont plus nombreuses et plus intenses. Toutefois l'auteur n'est pas aussi exclusif dans cette manière de voir que Mac Culloch, qui semble méconnaître toute autre influence. Les autres causes éloignées du tic douloureux ne sont ignorées de personne; souvent elles suffisent sans l'intervention d'un autre agent. Mais ordinairement il existe une prédisposition latente que réveille l'acte le plus insignifiant. La névralgie se distingue assez facilement, dit M. Chapman, de la névrite, et de certaines variétés du rhumatisme; mais il est moins aisé de la rapporter à son véritable point de départ dans le système nerveux. Provient-elle du cerveau? Elle est toujours précédée, suivant Armstroug, de symptômes cérébraux; de céphalalgie, de confusion dans les idées, de turgescence des vaisseaux de la tête, de trouble des sens, et quelquefois d'affections sympathiques de l'estomac ou du foie. Quand le point de départ est la moelle épinière, les symptômes varient suivant la région affectée. Si c'est la partie supérieure de la région cervicale, il y a douleur au cuir chevelu, vers l'occipital, vers le frontal même, dans le voisinage des tempes, de l'articulation de la mâchoire, derrière l'oreille; il y a rigidité des muscles de ces parties, difficulté de parler, perte de la voix, vertiges, tintemens d'oreille, etc. Si c'est la partie inférieure de la région cervicale, la douleur a son siége à la partie supérieure de la poitrine, près de la clavicule ou de l'omoplate; elle parcourt les bras, les doigts et les mamelles. Plusieurs de ces symptômes sont communs à l'affection de la partie supérieure de la région dorsale, bien qu'elle soit plus particulièrement caractérisée par des éclairs répétés de douleurs dans les muscles intercostaux, au sternum, à l'épigastre, au dos; ces douleurs alternent avec la dyspnée. Quand c'est la partie inférieure de la région dorsale qui est affectée, à quelques uns des symptômes précédens se joignent un sentiment de constriction au tronc, une vive sensibilité des parois de l'abdomen, etc. Dans les affections de la région lombaire et de la région sacrée, le malade éprouve une vive douleur aux lombes, aux hanches, aux membres inférieurs; la marche est chancelante, les jambes sont comme avinées, etc. Les palpitations violentes, et les douleurs névralgiques du cœur et des gros vaisseaux, l'asthme convulsif, l'angine de poitrine, les crampes d'estomac, la gastrodynie, les douleurs pungitives et fugaces dans les reins, la vessie et l'utérus; quelquefois la viciation des sécrétions, l'accumulation de gaz dans les intestins, ou d'un liquide brûlant dans l'estomac, le diabétès, la leucorrhée, etc., accompagnent l'altération névralgique du grand sympathique à diverses hauteurs.

M. Chapman repousse l'idée de phlogose dans la névralgie, sans toutefois donner une théorie plus satisfaisante. Il passe en revue les nombreux agens thérapeutiques employés contre le tic douloureux et se plaint également de l'infidélité de tous. Après les saignées locales, quand la constitution du sujet les indique, il conseille principalement le sous-carbonate de er, jusqu'à la dose d'un gros et plus, répétée plusieurs fois le jour, d'après la méthode de Hutchinson; le sous-nitrate de bismuth, surtout quand le système ganglionnaire est affecté; et le galvanisme, employé avec succès par le docteur Harris. Parmi les cas de guérison qu'il rapporte, les trois premiers étaient des névralgies dentaires que l'avulsion d'une dent ou d'un chicot a fait cesser; dans les trois suivans, il y avait sensibilité ou même gonflement de quelques vertèbres; le repos, les sangsues, les ventouses produisirent d'heureux résultats. Mais sont-ce là réellement des névralgies?

Cas de névralgie traitée par le galvanisme; par le docteur Harris. — Un homme de trente-six ans, à la suite de douleurs névralgiques de la tête qui avaient duré plusieurs années, est attaqué d'épilepsie: au bout de quelques mois, il consulte M. Harris. L'épilepsie résiste à tous les moyens, mais la névralgie cède au galvanisme, appliqué suivant le procédé de Mansford.

Ce médecin, pour établir un point négatif près du cerveau, et un point positif dans une partie éloignée, applique deux vésicatoires, de la largeur d'une pièce de six liards, l'un à la nuque, le plus près possible de la racine des cheveux; l'autre à la face interne du genou. Sur la plaie du cou, il place une feuille d'argent, du diamètre d'une pièce de six pences à celui d'une demi-couronne, suivant l'âge du malade. A la surface de cette plaque existe un manche ou tige, et sur son bord, parallèlement à la tige, un petit anneau auquel se fixe le conducteur. Ce conducteur descend, le long du dos, jusqu'à une ceinture de peau de chamois, attachée autour du corps; puis il suit le trajet de cette ceinture jusqu'au niveau de l'aîne du côté où l'on veut l'employer; de là il descend à la jambe, et se fixe à la plaque de zinc comme à celle d'argent. (Nous traduisons mot pour mot.) L'appareil ainsi préparé, on pose sur la plaie du cou un petit morceau d'éponge humide, de la grandeur de la plaie elle-même; on met pardessus un second morceau d'éponge, également mouillé, du diamètre de la plaque métallique; enfin on applique sur le tout la plaque métallique qu'on maintient en place à l'aide de trois bandelettes de taffetas d'Angleterre qui passent, l'une au dessus, l'autre au dessous, la troisième au travers de la tige. La plaque de zinc est disposée de la même manière, à cela près que le second morceau d'éponge est remplacé par un morceau de muscle, de peau de bouc, ou de parchemin. L'appareil ainsi arrangé agira sans interruption de douze à vingt-quatre heures, suivant les circonstances. Au bout de ce temps, il faut nettoyer les plaies, et enlever l'oxide qui recouvre la plaque de zinc. (Mansford, *on Epilepsy.*)

M. Harris émerveillé du résultat inespéré qu'il avait obtenu du procédé de M. Mansford, l'a mis en usage chez sept autres malades dont il ne détaille point l'observation. De ces sept malades, quatre ont été guéris par cet appareil galvanique, si faible en apparence, le premier au bout de onze jours, le second après vingt-trois jours, le troisième au dixième jour, le quatrième au bout de cinq semaines. M. Harris remarque que le remède a été efficace lorsque le mal avait son siége dans les nerfs cérébraux,

et complètement inutile quand la maladie était *diffuse dans le corps*, ou qu'elle affectait les nerfs de la moelle épinière.

De la belladone dans la coqueluche; par le docteur Jackson. — A travers beaucoup de racontages, l'auteur parvient à dire qu'il a employé avec succès, dans la coqueluche, l'extrait de belladone, à des doses dont il ne se souvient pas, mais assez élevées pour déterminer la dilatation de la pupille et un trouble marqué de la vision. Il semblerait que ce moyen a été jusqu'à présent peu usité en Amérique.

Fracture non consolidée de l'humérus, traitée avec succès par le simple frottement des fragmens l'un contre l'autre; par le docteur Parrish. — Le blessé était un jeune homme vigoureux; l'auteur n'assigne d'autre cause à la non consolidation que la grande obliquité de la fracture. Elle existait déjà depuis six mois lorsque MM. Parrish et Ashmead imaginèrent de frotter avec assez de force les fragmens l'un contre l'autre; cette manœuvre, répétée plusieurs jours de suite, détermina une douleur légère, puis aiguë, puis insupportable; à mesure que la douleur augmentait, on diminuait la fréquence et la force des frictions. Au bout de de deux mois la consolidation était parfaite; et les muscles, considérablement émaciés, avaient repris leur force et leur volume.

Hypertrophie des mamelles; par le docteur Huston. — La menstruation s'établit pour la première fois chez une jeune négresse, âgée de quatorze ans, et ne reparaît plus ensuite. Bientôt les mamelles s'hypertrophient par degrés, et, dans l'espace de deux ans, acquièrent un volume prodigieux, sans que la jeune fille soit moins vive, moins leste, moins habile à grimper aux arbres. Enfin, à l'âge de seize ans, l'un des seins s'ulcère, à la suite d'une violente contusion; la douleur est atroce, la gangrène et la fièvre hectique surviennent; la mort les suit de près. A l'autopsie, on trouve que la mamelle gauche a quarante-deux pouces de circonférence, et pèse vingt livres (un peu plus de trois pieds et de dix-sept livres de France); la mamelle droite n'a que trente-quatre pouces de tour et pèse douze livres. Malgré ce volume énorme, dû exclusivement à l'hypertrophie de la glande mammaire et du tissu cellulaire ambiant, on n'observe pas la plus légère altération organique dans ces parties. Les autres organes ont leur volume naturel, les jambes même sont fortes et musculeuses; les bras seuls sont un peu émaciés. Les ovaires sont un peu plus développés qu'à l'ordinaire, mais sains; la surface interne de l'utérus est couverte aux deux tiers d'une exsudation de lymphe coagulable.

Remarques sur la lithotomie; par le docteur Finley. — L'on est dans l'usage d'engager les malades qui doivent être taillés à retenir leur urine avant l'opération, afin de distendre la vessie. *L'on va même jusqu'a lier le prépuce, et à placer auprès du malade un surveillant chargé d'empêcher que la ligature ne soit ôtée.* De là une grande irritation nerveuse, un état fébrile marqué; de là le passage, au travers de la plaie d'une grande quantité de liquide irritant. M. Finley propose de recourir à une injection mucilagineuse, faite à l'instant même de l'opération; et conseille de réunir la plaie par première intention. Quant à la déchirure des lèvres et des angles de l'incision par les aspérités du calcul, il veut qu'on la prévienne à l'aide d'un instrument imaginé par le professeur Gibson. C'est une espèce de sac dont l'ouverture, composée d'une matière ferme, élastique, s'ouvre et se ferme au moyen d'un mécanisme simple caché dans un manche de six à huit pouces de long. On introduit l'instrument fermé dans la vessie; là on l'ouvre, on y reçoit la pierre, qu'on peut même briser dans son intérieur. Cette description est fort incomplète. A l'aide de toutes ces précautions, M. Finley croit éviter la cystite et la péritonite.

Destruction de l'utérus, du périnée et du rectum, après un accouchement; guérison; par le docteur Swett. Une femme robuste, âgée de trente ans, accouche de son premier-né après un travail de trente-six heures, pendant lequel on l'a saignée, narcotisée avec l'opium, déchirée avec un mauvais forceps. Quatre jours après, M. Swett trouve les grandes lèvres gangrénées; il prescrit le charbon et le quinquina. Survient une tympanite qui cède à l'huile de ricin, aux ablutions d'eau tiède, etc. « Le dix-neuvième « jour le fond de l'utérus tombe dans le vagin, « et se présente à l'orifice extérieur; avec un « peu d'aide de la part de la garde-malade, « tout le système utérin est enlevé. Le rectum « se divise à quelques pouces au dessus du pu- « bis, et le bout inférieur vient pendre entre « les lèvres du pudendum: la garde en fait l'ex- « traction en ma présence, et le sépare aisé- « ment du sphincter de l'anus. Alors j'exa- « mine de plus près; je trouve le périnée dé- « truit, de manière à laisser à l'abdomen un « seul orifice, qui s'étend du coccyx au pubis. » Plus tard, « le bout de l'intestin est descendu « de plusieurs pouces, et flotte sur la face con- « cave du sacrum. » On place une éponge dans la cavité pour soutenir le rectum et prévenir le contact de l'air. « La destruction des parties « était si complète, et l'ouverture si large, que « l'œil parcourait aisément toute la surface in- « terne du bassin. » Néanmoins, après une longue suppuration, la plaie se cicatrisa d'arrière en avant, la santé revint par degrés; et la malade se porte fort bien aujourd'hui, sauf une incontinence d'urine et de matières fécales. Six mois après l'accouchement, la sécrétion du lait s'établit, et continua pendant deux mois sans influer en rien sur les autres fonctions.

Ce fait méritait d'être décrit avec plus de soin; enhardira-t-il les chirurgiens à pratiquer l'extirpation complète de la matrice?

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

ANNALEN DER GESAMMENTEN HEILKUNDE. (*Journal de Hecker*). Juillet 1834.

Ce numéro ne contient qu'un seul mémoire original, par le docteur Ideler, sur la *Méthodologie de la Psychologie.*

—

JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE, (*Journal de Hufeland, Juin*, 1834.)

Trois mémoires sur la grippe (influenza), observée à Brême, à Cologne, à Riga. — *Communications médico-chirurgicales extraites de mon Journal*; par le docteur J. Schmidt. — *Observations sur les caractères distinctifs du pourpre, de la rougeole, de la roséole et de la scarlatine;* par le docteur Wildberg.

—

MEDIZINISCHE ZEITUNG.
(*Gazette médicale de Berlin*), *juillet* 1834.

Les quatre numéros de juillet contiennent les travaux suivans : 1° *Exemples frappans d'anomalies anatomico-pathologiques*, par le docteur Phœbus ; 2° *Action de l'opium à hautes doses chez les femmes enceintes*, par le docteur Heumann ; 3° *Dangers des abcès du col*, par le docteur Froriep ; 4° *Mort subite par introduction d'air dans la veine jugulaire*, par le docteur Ulrick ; 5° *Hémorrhagie grave du pénis dans une blenorrhagie syphilitique*, par le docteur Richter ; 6° *Empoisonnement par la teinture de semence de colchique*, par le docteur Andræa ; 7° *Efficacité des bains locaux d'eaux minérales ferrugineuses dans les blennorrhagies consécutives*, par le docteur Richter ; 8° *État de la médecine en Angleterre*, par le docteur Becker; 9° *Du plomb et de l'opium contre la pneumonie*, par le docteur Chevalier ; 10° *Hémorrhagie chez un enfant de quatre ans, provenant de la rupture de l'artère maxillaire interne*, par le docteur Joël ; 11° *Guérison d'une fistule stercorale lombaire* (*cœcale*) *au moyen de la cautérisation avec le nitrate d'argent*, par le docteur Richter.

Exemples frappans d'anomalies anatomico-pathologiques; par le docteur Phœbus. Nous citerons seulement deux observations communiquées par MM. Kranse et Henschel relatives à des *évacuations alvines organisées*. Ces matières présentaient, chez les deux malades observés, la plus grande ressemblance ; elles étaient volumineuses, longues de plusieurs pouces, et se composaient de masses membraniformes, irrégulièrement déchirées ou gromelées, dans lequelles probablement on eût découvert des vaisseaux à l'état frais. Le premier des deux sujets était un décroteur, hémorrhoïdaire, habituellement constipé. L'évacuation membraneuse se répéta plusieurs fois avec des douleurs très vives, et à des époques assez distantes; une douleur à l'épigastre (probablement dans l'axe transverse du colon) la précédait toujours. Le second sujet était une femme affectée depuis dix ans d'ascite à la suite d'une maladie du foie. Le liquide épanché s'était ouvert spontanément une issue par l'ombilic. Les selles membraniformes se présentèrent chez elle de la même manière, et avec les mêmes symptômes que chez le malade précédent.

Danger des abcès au col: par le docteur Froriep. — Après avoir décrit minutieusement la disposition du tissu cellulaire adipeux, fibreux, lamelleux et membraneux dans la région antérieure du col, M. Froriep le divise en plusieurs sections ou sous-régions; 1° l'espace triangulaire situé au dessus du bord supérieur du sternum ; 2° un autre espace bien plus grand situé derrière le précédent, dont le sépare une forte cloison celluleuse ; 3° une autre section qui naît de celle-ci, que limitent, en dedans, la glande thyroïde et la trachée-artère, en dehors la gaîne des vaisseaux du cou, et qui communique supérieurement avec celle au milieu de laquelle est placée la glande sous-maxillaire ; 4° une quatrième section est située entre le bord postérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien et le bord antérieur du scalène ; c'est là que se rencontrent les glandes lymphatiques du col ; inférieurement elle se continue, le long de la carotide et de la sous-clavière, avec le médiastin ; 5° il en existe une cinquième entre les scalènes et le bord du muscle trapèze ; elle renferme le plexus brachial et se continue inférieurement avec le tissu cellulaire de l'aisselle. Ces principes posés, il est évident que, si du pus s'accumule dans le *fascia superficialis*, il aura peu de tendance à fuser à l'intérieur, et s'insinuera plutôt derrière les tégumens de la poitrine; s'il s'accumule au contraire entre le *fascia* superficiel et le fascia profond, il se fera jour indifféremment à travers l'un ou à travers l'autre. S'il provient des glandes lymphatiques situées en dehors des gros vaisseaux, et au dessus du plexus brachial, il fusera dans l'espace axillaire. S'il est sécrété par les glandes plus profondes placées derrière la gaîne celluleuse de la carotide, ou dans l'espace qui existe entre la mâchoire inférieure et les muscles du col, ce qui arrive ordinairement chez les scrophuleux, il descendra dans le médiastin, en suivant le trajet des vaisseaux. Mais s'il s'accumule dans le voisinage de la glande sous-maxillaire il peut filer le long de la trachée-artère, derrière la glande thyroïde, et arriver également dans le médiastin sans qu'on ait pu reconnaître son existence. Enfin s'il s'amasse dans l'espace indiqué au dessus du bord supérieur du sternum, il est probable qu'il fusera encore dans le médiastin, si l'on ne se hâte de lui ouvrir une issue à l'extérieur.

A l'appui de cette théorie, l'auteur cite trois observations. La première est celle d'un garçon de onze ans qui, quelques mois auparavant, était tombé d'une certaine hauteur dans un escalier, et s'était fait de fortes contusions à l'épaule et à la hanche droite. La douleur persistant, au bout d'un espace de temps assez long, on appela un médecin qui, n'étant point informé de l'accident qui avait eu lieu, et croyant avoir affaire à une luxation spontanée produite par une cause dyscrasique, agrava le mal par un traitement irritant. A son arrivée à l'hôpital, le petit malade présentait une luxation complète du bras et de la cuisse ; on remarquait de la fluctuation dans plusieurs points du corps, et notamment au col où existait une tumeur qui s'étendait depuis la partie moyenne de cette région jusqu'au dessus de la clavicule et jusqu'à l'angle de l'omoplate. Il existait en outre un abcès et une fracture à l'extrémité inférieure du radius, et à la première phalange du doigt médius. Tous ces abcès furent ouverts, et le malade périt le sixième jour. A l'autopsie, on trouva des altérations profondes et diverses dans les articulations de l'épaule, du coude, du

poignet, etc. Partout il y avait du pus, mais ce fut au col qu'on en trouva le plus. Là existait une cavité de la dimension d'un œuf d'oie, entre le muscle sterno-mastoïdien et le muscle trapèze. Cette cavité communiquait par une petite ouverture avec un vaste abcès, situé sur le côté droit de la poitrine, qui s'étendait jusqu'au dessous de la quatrième côte, et depuis les cartilages costaux jusqu'au bord postérieur de l'omoplate. La partie des côtes correspondant à la ligne médiane de l'abcès était altérée, rugueuse, dépouillée de périoste; les muscles étaient détruits dans les points correspondans des espaces intercostaux; de sorte que la plèvre épaissie empêchait seule le pus de tomber dans la poitrine. La communication entre les deux cavités, et la circonstance que celle du col était seule tapissée d'une espèce de kyste formé par le tissu cellulaire refoulé, parurent à M. Froriep des preuves manifestes que l'abcès inférieur était secondaire.

La seconde observation est celle d'un homme de vingt-huit ans, qui se présenta à la Charité de Berlin avec un abcès glanduleux au dessus de la clavicule, au côté droit du col. Cet abcès fut ouvert, mais bientôt il se manifesta des traînées de pus dans plusieurs directions; il survint un peu de toux vers le quatrième mois, et la sonde introduite dans l'abcès se dirigea pour la première fois vers le médiastin intérieur. Elle y avait à peine séjourné quelques secondes que le visage du malade changea, son œil devint fixe, ses bras roides et immobiles; il tomba en syncope; et, en revenant à lui, il rendit en toussant un peu de sang écumeux; il s'écoula en même temps par la fistule du pus mêlé de sang. L'état produit par l'introduction de la sonde se renouvela spontanément à des intervalles de plus en plus courts, et le malade mourut. — *Autopsie.* L'ouverture extérieure de l'abcès, située au dessus de la moitié antérieure de la clavicule, est entourée de glandes indurées et suppurantes; un large canal, à parois celluleuses indurées, se dirige de cet orifice vers le muscle sterno-mastoïdien. Un autre trajet fistuleux descend directement dans la poitrine; on y introduit avec précaution une sonde courbe, et après avoir enlevé avec soin la clavicule, on trouve que ce trajet aboutit, par une ouverture du diamètre d'une plume de corbeau, dans la veine cave supérieure à l'instant où elle naît de la réunion de la sous-clavière et de la jugulaire interne. Le tissu de la veine n'est ni enflammé ni altéré en aucune façon; la sonde pénètre jusqu'à l'oreillette droite à l'entrée de laquelle existe un caillot dans lequel on ne trouve pas la plus légère trace de pus. Deux autres fistules, se dirigeant l'une vers une cavité du volume d'une noix, située sous le médiastin immédiatement derrière le sternum, et l'autre dans une caverne du sommet du poumon, toute remplie de matière caséiforme appartenant à des tubercules dégénérés. La troisième observation est fort analogue à la précédente, mais le malade vit encore.

Mort subite par introduction d'air dans la veine jugulaire; par le docteur Ulrick. — En faisant l'ablation d'une tumeur située sur le côté du col, et qui comprenait les vaisseaux et les nerfs de cette partie, M. Ulrick s'aperçoit qu'il vient d'ouvrir la veine jugulaire interne. Cependant pas une goutte de sang ne s'écoule, les parois veineuses restent écartées comme si elles appartenaient à une artère; leur face interne n'offre rien de particulier; mais, à l'extérieur, elles présentent une couleur blanche qui n'est point ordinaire aux veines. Les assistans croient avoir entendu un sifflement à l'instant où le vaisseau a été coupé. Bientôt, du sang écumeux coule par le bout inférieur; le malade tombe en syncope; il est pris de légers mouvemens convulsifs de la face, puis d'épisthotonos. Le visage est pâle, le pouls petit, tremblant, la respiration rare; la mort survient au bout d'une minute. Cinquante-deux heures après la mort, le cadavre ne présente presque aucune trace de putréfaction. Les tégumens du crâne fournissent assez de sang, le cerveau est ferme et piqueté. La carotide, la trachée-artère, le nerf vague sont examinés et trouvés intacts; la jugulaire interne est enveloppée par la tumeur; elle se rétrécit, et finit par s'oblitérer un peu au dessus du point où elle a été coupée. Après avoir ouvert avec soin le péricarde, on trouve l'oreillette droite distendue, élastique; on pratique une légère incision à sa partie supérieure; elle s'affaisse aussitôt sans qu'il s'échappe une goutte de sang. Le sang contenu dans le ventricule droit et dans le reste du corps est noir et liquide.

Hémorrhagie grave du pénis, dans une blennorrhée syphilitique; par le docteur Richter. — M. Richter est appelé auprès d'un jeune homme de vingt-cinq ans, fort et robuste, qui se meurt d'hémorrhagie. Il trouve la face pâle, les lèvres décolorées, la voix éteinte, le pouls et la respiration presque nuls, le lit inondé de sang; la syncope arrive à l'instant même. Un sang rouge et vermeil s'échappe par un jet continu du canal de l'urèthre; toutefois le pénis n'offre rien de particulier, si ce n'est un léger gonflement du gland. Des applications de glace sur le bas-ventre et les parties génitales, des frictions aromatiques sur la région du cœur, à l'intérieur les toniques et les acides minéraux font rapidement disparaître les accidens, et le malade recouvre promptement ses forces. On apprend de lui que depuis quatorze jours il était affecté d'une blennorrhagie qu'il avait dissimulée jusque-là. Il y avait eu inflammation violente, puis incurvation du pénis (ch.. . . . cordée); au moment où l'hémorrhagie avait commencé, le malade avait senti une douleur atroce et un déchirement intérieur. M. Richter pense ne pouvoir attribuer une hémorrhagie aussi grave qu'à la distension et à la rupture de quelque artère.

Du plomb et de l'opium contre la pneumonie; par le docteur Chevalier, à Merzig. — L'auteur rapporte une observation de pneumonie guérie par la méthode de Richter (V. Rust's magasin, vol. 39, cah. 3), laquelle consiste à administrer de trois heures en trois heures une cuillerée de la potion suivante :

Acétate de plomb.	gr. iv
Teinture d'opium.	ʒ ß
Eau distillée..	℥ v
Sirop d'alchœa.	℥ j.

Guérison d'une fistule stercorale lombaire cœcale); par le docteur Richter. — Douleurs

au flanc droit, tumeur profonde, résistante, nettement dessinée; gargouillement; constipation; inappétence; amaigrissement; fièvre hectique; formation et ouverture artificielle d'un abcès entre l'extrémité postérieure de la crête de l'os des îles et la colonne vertébrale; écoulement abondant et continu de matières fécales délayées, et quelquefois en masses assez volumineuses. Dès lors, retour de l'appétit, régime plus nourrissant, cautérisation de l'orifice du trajet fistuleux avec le nitrate d'argent; rétrécissement graduel de l'anus contre nature, rétablissement simultané du cours ordinaire des matières.

JOURNAUX ITALIENS.

ANTOLOGIA MEDICA.

Par V. L. Brera.

Observations anatomico-pathologiques, recueillies par le docteur Weiglein, médecin à Vienne, et communiquées par le docteur Derchich, médecin principal des provinces Vénitiennes.

1° *Rupture funeste d'un kyste de l'ovaire.* — Une couturière, d'une constitution robuste, âgée de 32 ans, n'avait jamais été sérieusement malade depuis son enfance; à 21 ans, elle était accouchée heureusement d'un enfant, et d'un autre quelques années après. La dernière fois l'enfant se présenta en travers, et il fallut en faire la version. L'opération n'ayant pas réussi entre les mains du premier accoucheur, elle fut terminée par un autre plus habile. Depuis, cette femme ressentit des douleurs lancinantes dans l'aine gauche, et s'aperçut qu'il s'y formait une tumeur qui croissait peu à peu et s'étendait vers l'épigastre. Selon son rapport, cette tumeur, après avoir acquis deux fois un volume considérable au milieu de douleurs atroces et de convulsions, disparut en même temps que le ventre se gonfla uniformément.

Quand la malade entra à l'hôpital, le 13 février 1832, la tumeur avait le volume de la tête d'un enfant, et régnait depuis la symphise du pubis jusqu'à l'ombilic, sans causer de douleur, se partageait en plusieurs bosselures par des scissures, et offrait la consistance cartilagineuse. La matrice fut reconnue saine au toucher; toutes les fonctions se faisaient assez bien, si ce n'est que les selles étaient rares, et que l'urine coulait avec quelque difficulté. On voyait bien que le siége du mal était dans l'ovaire gauche partagé en plusieurs kystes, mais aussi qu'il ne fallait point penser à la paracentèse ni à l'extirpation.

Décoction de racine de pissenlit avec sel ammoniac et oxymel scillitique pour boisson; frictions d'onguent gris sur l'abdomen.

La douleur, la tension, et la sensibilité augmentée du ventre font substituer les cataplasmes émolliens au traitement résolutif; à mesure que la tumeur acquiert du volume sa surface devient plus inégale.

Le 10 mars, la malade, saisie de douleurs poignantes dans le bas-ventre et de convulsions générales, tombe en défaillance; revenue à elle-même, elle se plaint de vives douleurs dans la tumeur, et on les apaise avec dix sangsues sur la région ombilicale; les convulsions ne cessent que la nuit du jour suivant après une seconde défaillance.

Le 12 au matin, plus de tumeur et le ventre paraissait également gonflé dans toute son enceinte, il était très sensible au toucher; la défaillance fut suivie d'une fièvre violente; les traits du visage s'altérèrent, le pouls devint fréquent et faible, les extrémités se couvrirent d'une sueur froide, et il y eut des vomissemens de matières érugineuses. De toute évidence, il s'était fait un épanchement. Quelques prises de camphre semblèrent procurer un peu de soulagement; mais les symptômes s'étant reproduits le 14, la femme succomba.

Nécropsie. — Quatre livres d'un liquide trouble et gris mêlé à de la lymphe dissoute dans la cavité du ventre, et dans celle du bassin une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, formée par l'ovaire gauche dégénéré, et composée de trois kystes arrondis, et contenant une matière brune et glutineuse. Plusieurs lambeaux, débris de la rupture, flottaient, et tenaient au kyste le plus élevé, et divisé en cellules remplies d'un liquide jaune; la trompe gauche était passée autour de l'ovaire. Aux autres viscères de l'abdomen, diverses altérations consécutives et à peu près insignifiantes. Ailleurs, rien d'anormal.

L'auteur attache la plus grande importance à discerner l'hydropisie de l'ovaire à kyste simple, de celle à kyste multiple.

Celle-ci donne une tumeur inégale au toucher et de forme convexe, étant partagée en cellules distinctes les unes des autres par des sillons et des enfoncemens. Son accroissement se fait lentement, et, une fois qu'elle a acquis un certain volume, ses parois prennent de l'épaisseur et une dureté cartilagineuse. Le liquide qu'elle contient a quelque consistance et une qualité âcre. Il s'établit là un foyer d'irritation.

L'endurcissement des parois et la mauvaise qualité du liquide contenu font assez voir que cette espèce d'hydropisie de l'ovaire est incurable et mortelle.

Celle-là, unie et égale à sa surface s'est développée plus vite : on y sent une fluctuation manifeste, parce que ses parois plus minces se prêtent davantage à l'abord du liquide qui est moins consistant. Il se fait quelquefois que la masse du ventre devient prodigieuse, et quand une tumeur de cette espèce s'ouvre d'elle-même et verse son humeur dans la cavité du ventre, les embarras morbides que la compression occasionait diminuent. Il y a plus : l'accident tourne à bien, pourvu que l'humeur soit séreuse et susceptible d'être impunément résorbée. Tel devait être le caractère de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, dont Morgagni et d'autres praticiens citent des exemples de guérison, en avouant que la nature en a fait tous les frais, car il n'y a pas de médecin qui prétende attaquer une telle maladie avec des remèdes internes. Cependant cette hydropisie peut n'être pas au dessus du pouvoir de la chirurgie, et les

modernes l'ont vidée par la paracentèse ; ils l'ont même extirpée. Mais, pour en légitimer l'extirpation, il faut s'être assuré que la tumeur est mobile en tous sens, ne tient pas à la matrice ou à d'autres viscères par une base large et forte ; il faut que la femme soit menacée de suffocation par le volume et le poids de la tumeur et qu'elle ait encore assez de vigueur pour résister aux douleurs et aux suites d'une opération aussi hardie.

2° *Entortillement mortel des intestins, par suite de l'hydropisie d'un ovaire.* — On a tort de comparer, pour la disposition, les circonvolutions du cerveau avec celles du tube intestinal ; les unes et les autres n'ont pas en cela, le moindre trait de ressemblance. Les premières se présentent sur une ligne toujours la même, sont toutes invariablement fixées dans leur position respective, et conservent, dans les mouvemens de la masse cérébrale, les mêmes rapports avec les parties environnantes, tandis que les circonvolutions des intestins, excepté celles du duodénum, ne présentent point, en tout temps, la même surface aux parties contiguës ; loin de là, elles changent, d'instans en instans, de point de contact entre elles et avec les parties qui les avoisinent. C'est à la faveur de leur extrême mobilité et de leur surface glissante, que le canal échappe aux causes d'interruption sans cesse renaissantes : car, si une inflammation vient à établir une adhérence entre les intestins ou avec un organe voisin, la digestion risque grandement d'être compromise ; cette fonction pourra se continuer, et la vie, quoique précaire, durera encore, lorsque la position de l'intestin, désormais obligée, se trouvera favorable, c'est-à-dire, le canal restant perméable ; mais la vie sera tôt ou tard empêchée par l'interruption du cours des matières, si l'anse intestinale, saisie par l'adhérence, éprouve dans sa position définitive une pression permanente, un étranglement, un tortillement sur lui-même en manière de corde. On ne saura pas, on ne pourra même pas savoir, avant la mort, où était l'obstacle mécanique dans une maladie chronique de ce genre.

Jaegerndorfer (Catherine), d'une forte constitution, âgée de 46 ans, s'était toujours bien portée ; après deux ans de suppression, elle avait eu ses règles exactement et en abondance, était accouchée quatre fois heureusement, et vivait dans le veuvage depuis seize ans. A l'époque de son retour, cette femme s'aperçut que son ventre prenait du volume et elle éprouvait parfois des tiraillemens douloureux dans la région lombaire ; mais étant d'un caractère à ne pas s'écouter elle-même, elle n'y fit pas attention et continua à travailler pour gagner sa vie. Il y avait un an que, faisant un effort pour enlever un poids énorme, elle avait ressenti une douleur poignante dans la région inguinale droite. Des remèdes simples diminuèrent la douleur, mais ne l'éteignirent pas. Son état se compliqua bientôt d'un fréquent engourdissement des pieds, et de violentes coliques suivies de vomissemens de bile. A en croire la malade, les émolliens la soulageaient ; tourmentée par un appétit vorace, elle mangeait plus que de raison et eut plusieurs fois à s'en repentir : il paraît que son humeur colère empira encore sa condition. Enfin ne pouvant plus résister à ses coliques, elle entra à l'hôpital de Vienne et en sortit au bout de huit jours en meilleur état.

Le 13 janvier 1833, ayant mangé du veau avec excès, elle fut prise de nausées, de coliques, de vomissemens et de dévoiement. Le lendemain, elle revint à l'hôpital. En vain cherchait-elle à faire bonne contenance, on voyait à son teint, et à la gêne de ses mouvemens, qu'elle avait de l'oppression et souffrait beaucoup. L'abdomen était tant soit peu gonflé, douloureux, principalement vers l'ombilic, et portait encore les marques sanglantes d'une multitude de sangsues, les vomissemens de bile verte continuaient avec de grands efforts : toutefois le dévoiement avait cessé.

Face amaigrie, teint altéré, chaleur incommode à la peau, pouls faible et lent, douleurs concentrées dans le ventre.

L'exploration par le vagin ne fit rien découvrir, et les parois du ventre étaient trop sensibles au toucher et trop épaisses pour permettre un examen satisfaisant. On en fut réduit, d'après l'invasion et la marche de la maladie, à soupçonner une maladie organique, telle que la dégénérescence d'un ovaire.

Que faire ? la malade était trop affaiblie pour supporter une saignée générale ou locale, et la colique contr'indiquait tout remède stimulant. On se contenta donc de prescrire une mixture gommeuse à prendre fréquemment par cuillerées, et des fomentations émollientes sur le ventre.

Il y eut un peu de calme le soir, par la cessation du vomissement et des douleurs ; mais bientôt la physionomie se décomposa, le pouls devint filiforme, la peau froide. On présuma une gangrène intérieure ; on essaya de ranimer les forces par quelques grains de camphre. On n'obtint rien. Le lendemain matin, il n'y avait presque plus de pouls, les extrémités étaient froides ; des crampes douloureuses dans les mollets et la suppression de l'urine précédèrent la mort.

Nous passons tout de suite à l'autopsie des parties primitivement affectées. Les intestins grêles distendus par du gaz jusqu'au milieu du jéjunum. Les gros intestins pâles, vides et rétrécis jusqu'au rectum. Le mal régnait depuis la dernière moitié du jéjunum jusqu'à la portion ascendante du colon. Figurez-vous l'ovaire droit sous la forme d'un kyste fibreux, long de neuf pouces, occupant la région iliaque gauche et fixé au mésentère par une bande d'un pouce de largeur. Sous cet ovaire enkysté, s'était glissée une anse d'intestin qui avait contracté des adhérences avec l'épiploon. Une autre anse passait à une plus grande profondeur sous le même ovaire, en prenant à l'endroit de son passage une couleur brune, tant la compression était forte, et allait s'entortiller autour du cœcum qu'elle serrait tellement qu'on ne pouvait introduire le bec d'une sonde dans la cavité cœcale. Cet ovaire contenait une sérosité dense et gélatineuse.

En considérant la marche de la maladie avec l'état pathologique de ces viscères, il est facile de se rendre raison des coliques, des vomissemens, des crampes, etc.

3° — *Rétrécissement du rectum produit par l'adhérence de cet intestin à l'utérus.* — Une femme de vingt-cinq ans et de bonne mine fut prise, après un accouchement laborieux, d'une inflammation à l'utérus qui se termina imparfaitement par la résolution. Depuis cette époque, elle fut sujette aux indigestions et se plai-

gnait principalement de flatuosités et de grande difficulté d'aller à la garde - robe, incommodités qui s'augmentaient par un régime échauffant ; au bout d'un an les accidens devinrent si graves que la malade se décida à entrer à l'hôpital civil de Vienne, au printemps de l'année 1832. On reconnut une tympanite ; et malgré le balonnement du ventre, on distingua très bien au toucher sous les tégumens le gonflement et le boursouflement des intestins. On commença par essayer de vaincre la constipation qui durait depuis plusieurs jours. Le séné, le jalap et l'huile de ricin n'ayant procuré aucune évacuation, on fit prendre de fortes doses de calomel qui produisirent peu d'effet. Au demeurant, il était facile de voir que la tympanite était occasionée par un vice organique des intestins, attendu qu'il ne sortait aucun gaz par en bas et que la matière des lavemens était repoussée avec force. Les incommodités s'agravant de plus en plus, on fit moins usage des évacuans, vu leur insuffisance pour soulager. Souvent un vomissement de bile venait encore compliquer la maladie, et la femme mourut subitement dans un accès de souffrance.

Nécropsie. Matières en abondance épanchées dans la cavité abdominale, et boursoufflement énorme des intestins qui étaient rejetés vers les muscles du ventre. L'estomac contenait en grande quantité un liquide semblable à de la lie de vin, et les intestins, surtout le colon et le cœcum, avaient quatre fois plus que leur volume naturel jusqu'auprès du rectum. Le colon ascendant était crevé, et sa crevasse aurait admis une grosse fève, deux pouces au dessus de la valvule du cœcum. Les bords de cette rupture étaient frangés et comme déchirés. Le rectum se trouvait si rétréci et rapetissé quatre pouces environ au dessus de l'orifice de l'anus, qu'il pouvait à peine admettre le petit doigt, et ses parois formaient une tumeur étroitement adhérente à l'utérus, et qui s'ouvrait dans l'intestin. Au centre de cette excroissance était un abcès qui contenait une matière purulente, endurcie à l'ouverture accidentelle.

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

PRIX PROPOSÉ.

Une dame, qui fut remarquable par les charmes de son esprit et de sa personne, ayant éprouvé, il y a environ deux mois, une très grande contrariété, qui, depuis, a causé sa mort, a, par son testament, après plusieurs dispositions en faveur de ses amis et des indigens, légué à l'Académie royale de médecine un prix annuel de 5,000 fr., destiné au meilleur ouvrage tendant à faire connaître les moyens de prévenir, diminuer ou dissiper les désordres produits dans notre économie par les peines de l'âme. C'est madame Récamier qui a bien voulu être son exécuteur testamentaire. Ce legs a été annoncé à l'Académie royale de médecine, par M. Bourdois de Lamothe.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Le 20 août dernier, on présenta à la pharmacie de M. Estienne, une ordonnance de M. le docteur Lassis, prescrivant une potion dans laquelle entrait une certaine quantité de proto-chlorure de mercure, ou calomélas. M. Estienne était absent ; l'un de ses élèves, le jeune Brodly, soit par distraction, soit que le mot proto-chlorure fût mal configuré, délivra, au lieu de la prescription demandée, une potion composée de deuto-chlorure de mercure, ou sublimé corrosif

Cette potion était destinée aux trois enfans du sieur Melissen, dont l'aîné était âgé de sept ans. Tous trois, après en avoir pris, succombèrent bientôt au milieu des plus horribles convulsions. La présence du poison, reconnue par l'autopsie, n'ayant laissé aucun doute sur la cause de ce déplorable événement, M. Estienne et son élève ont été traduits, à raison de ce fait, devant la sixième chambre de police correctionnelle, comme prévenus du délit d'homicide par imprudence ; savoir, le jeune Brodly, pour avoir délivré une potion vénéneuse non prescrite, et avoir ainsi opéré la mort de trois jeunes enfans, et Estienne, comme coupable d'avoir occasioné le même accident, en négligeant de tenir *sous clé* la substance vénéneuse qui avait été administrée par erreur.

Le tribunal a condamné, à raison de ces faits, l'élève Broldy à un mois de prison, le pharmacien Estienne à 50 fr. d'amende, et tous deux, solidairement, à 2,000 fr. de dommages-intérêts, au profit du père des trois innocentes victimes de cet horrible accident.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 2 septembre 1834, tenue dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Dans cette séance, M. Renauldin a lu le compte-rendu des travaux de l'Académie pendant l'année 1833.

—M. Pariset a prononcé l'éloge de M. Portal.

— L'Académie propose, pour l'année 1836, les mêmes sujets de prix qu'elle avait proposés dans la séance annuelle du 9 juillet 1833, en doublant la valeur des récompenses. Ces sujets sont les suivans :

Prix de l'Académie.—Que doit-on entendre par phthisie laryngée ? Quelles en sont les altérations organiques, les causes, les espèces, les terminaisons, et quel en est le traitement? 2,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine, depuis Morgagni jusqu'à nos jours ? 1,200 francs.

Les Mémoires envoyés au concours, dans les formes usitées, devront être remis au secrétariat de l'Académie, avant le 1er mars 1836.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Septembre 1834.

Séance du 1er septembre. — M. le docteur Beaude adresse à l'Académie six acarus vivans recueillis à l'hôpital Saint-Louis : ces insectes se

trouvaient dans l'épiderme, à l'extrémité d'un sillon d'une ligne ou deux qui part toujours de la vésicule.

— M. Magendie fait, en son nom et celui de M. Serre, un rapport sur un instrument que M. le docteur Hérisson appelle *sphygmomètre*, et qui est destiné à rendre sensibles les variations du pouls. Les commissaires pensent que les résultats fournis par cet instrument n'offrent pas plus de précision que le langage ordinaire, et que l'expérience qu'il exige pour être convenablement manié est aussi longue et aussi difficile à acquérir que la manière habituelle d'explorer le pouls. Ils proposent toutefois d'adresser des remerciemens à M. Hérisson et à M. Paul Garnier, son collaborateur.

Séance du 8 septembre. — M. Darcet adresse quelques observations sur l'emploi alimentaire de la gélatine. Il croit possible d'augmenter au moins d'un quart la quantité de substance azotée que fournit actuellement la viande de boucherie.

— M. Geoffroy lit le deuxième article de son Mémoire *sur les caractères de causalité de la succession et transmutation des espèces.*

— M. Renucci lit une Note sur l'acarus de la gale. Il ne revendique point l'honneur de la découverte de cet insecte, il prétend seulement avoir fait connaître aux médecins français ce qu'ils ne connaissaient pas, et ce que savent toutes les femmes de Corse que l'on voit souvent occupées à extraire le *pedicello*. M. Renucci donne ensuite sur l'extraction de cet insecte des détails pour lesquels nous renvoyons à notre dernier numéro.

Séance du 15 septembre. — M. le docteur Beaude envoie quelques observations sur l'inexactitude des représentations qui avaient été jusqu'ici données de l'acarus. De Geer est celui qui a été le plus exact, quoi qu'il n'ait pas donné des détails suffisans.

— M. Magendie dépose une scie inventée par M. Leguillou, chirurgien de la marine.—Cette scie est formée par un disque denté : on la fait tourner comme une roue.

— M. le docteur Valade lit un long Mémoire intitulé : *Histoire médicale et statistique des ouvriers mineurs de la houillère de Décise.* Nous nous proposons de donner une analyse étendue de cet intéressant Mémoire.

Séance du 22 septembre. — M. de Férussac, en adressant les premières livraisons de la monographie des cryptodibranches, envoie une lettre dans laquelle il expose le plan de son Histoire naturelle des Mollusques. Cela donne lieu à quelques réclamations de la part de MM. Blainville, Geoffroy et Serre.

— M. Geoffroy lit une nouvelle partie de ses recherches ayant pour titre: *Puissance du monde ambiant gouvernant l'engendrement des causes auxquelles se rapportent les formes différentes et la multiplication des espèces végétales.*

— M. Dugès commence la lecture d'un Mémoire *sur le sens de la vue chez les vertébrés :* il examine successivement les différens groupes anatomiques qui forment les élémens de l'œil : la conjonctive, le système cornéen, le système choroïdien, le système rétinien et le système crystallinien.

Séance du 29 septembre. — M. Lainé écrit de Malley, près Lauzanne, qu'étant à Londres en 1810, il avait vu Wollaston enlever de l'épiderme d'un galeux plusieurs acarus vivans, qui furent ensuite observés au microscope solaire; que, regardant depuis cette époque l'acarus comme la cause de la gale, il avait entrepris de guérir les galeux par des lotions d'acide sulfurique étendu d'eau dans des proportions variables suivant la force, l'âge et le sexe des patiens; qu'il avait ainsi guéri un très grand nombre de galeux dans l'espace d'une semaine.

— M. Aimé communique les résultats de quelques expériences qu'il a faites sur l'acide sulfurique anhydre.

— M. Duméril fait un rapport verbal sur un ouvrage publié à Genève par M. Pictet, et ayant pour titre : *Recherches pour servir à l'histoire et à l'anatomie des phryganides.*

— Le même académicien fait un rapport verbal sur une livraison du grand ouvrage de Wagler, ayant pour titre : *Système de l'Histoire naturelle des amphibies.*

— Il fait aussi, en son nom et celui de M. Serre, un rapport sur un Mémoire de M. C. Leblond relatif à un embryon monstrueux de la poule ordinaire.

— M. Heine, de Wurtzbourg, lit une Note sur les modifications apportées à l'ostéotome, depuis la présentation qu'il en a faite à l'Académie le 11 août dernier.

— M. Dugès continue et achève la lecture de son Mémoire *sur le sens de la vue chez les vertébrés.*

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

La lettre suivante a été adressée à M. le docteur Thouret-Noroy par l'assemblée générale des médecins de Paris.

MONSIEUR ET RECOMMANDABLE CONFRÈRE,

Votre appel devait être entendu par tous les hommes de l'art.

L'honorable initiative prise en votre faveur par l'association de prévoyance, et l'empressement avec lequel les autres médecins ont suivi cet exemple, disent assez si nous avons tous compris la portée de la lutte que vous soutenez.

Dans votre affaire, Monsieur, deux ordres de pensées saisissent tout d'abord l'attention : premièrement, le fait particulier qui vous concerne; secondement, le principe de responsabilité médicale en général.

Relativement au fait particulier en lui-même, après la consultation des médecins de Rouen, nous affirmerons surtout que nulle part, dans l'ensemble ni dans les détails du procès tout entier, nous ne trouvons les documens indispensables pour une instruction suffisante pour une consciencieuse conviction, et pourtant nous serions, dans cette affaire, le jury le plus éclairé, les juges les plus compétens.

Ces utiles enseignemens dont nous déplorons l'absence, ne manqueraient point à la sollicitude des juges si, dans des circonstances aussi graves, M. Chouippe, officier de santé, n'eût point failli d'abord aux convenances le plus généralement senties parmi tous les gens de l'art, en ne provoquant pas une consultation, et surtout s'il n'eût pas enfreint la loi du 19 ventose an XI, qui veut, art. 29 : « Que les officiers de santé ne puissent pratiquer les grandes opérations chirurgicales, que sous la surveillance et sous l'inspection d'un docteur.»

Mais supposons un instant, ce qui est loin d'être prouvé, qu'il y ait eu, dans le fait, anévrysme; évidemment la responsabilité médicale ne serait encore pas applicable, ce qui nous conduit naturellement au second point que nous avons à examiner.

Quant au principe de la responsabilité médicale en général, nous avancerons en premier lieu que ce principe n'est spécialement écrit dans aucune de nos lois, et qu'il n'a été quelquefois invoqué que par extension, par analogie. Est-ce à dire que ce principe aurait échappé aux législateurs modernes, lorsqu'il est tracé en caractères de sang dans les lois romaines? Nullement; et si nous demandons à Montesquieu la raison de cette différence, il nous répondra: « Les lois de Rome n'avaient pas été faites dans les mêmes circonstances que les nôtres : A Rome s'ingérait de la médecine qui voulait; mais parmi nous, les médecins sont obligés de faire des études et de prendre certains grades; ils sont donc censés connaître leur art. (*Esprit des Lois*, liv. 29. ch. 14.)

Mais laissons de côté ce fait, que le principe de la responsabilité médicale n'est nulle part écrit dans les lois qui nous régissent; car s'il était écrit dans la raison commune, nous en provoquerions les premiers l'instante application. Hâtons-nous, au contraire, de le dire : le principe de responsabilité médicale une fois admis, l'exercice libre, consciencieux, progressif de l'art de guérir, devient impossible, et l'humanité demeure sans cesse en péril. Plus que nous, en effet, la société devrait redouter de voir placer le médecin dans cette cruelle alternative, ou de s'abandonner à une funeste inaction, et de livrer les malades aux progrès certains de leurs maux, en vue de sa tranquillité future, ou de tenter des médications, des opérations salutaires sans doute, mais telles cependant que dans certains cas qu'on ne saurait ni calculer, ni prévoir, elles pourraient compromettre son honneur, sa réputation, sa fortune. Ce n'est donc pas seulement la science, ce n'est pas exclusivement le corps médical qui en souffrirait, mais c'est surtout la société tout entière qui se trouverait sans cesse compromise dans le triple but des souffrances à soulager, des maladies à guérir et de la vie à prolonger.

Remarquons toutefois qu'il ne s'agit en aucune manière d'entraver l'action générale des lois contre les médecins, quant aux actes qui se trouveraient de mauvaise foi, d'inadvertance, d'intention coupable ou d'erreur criminelle. Tout délit commis dans l'exercice de notre profession, doit être puni avec d'autant plus de sévérité, que les coupables, par le fait même de la profession, auraient pu trouver plus de facilité pour l'exécution de leurs funestes projets; il est évident que tous les méfaits que l'on ne peut raisonnablement attribuer aux incertitudes de la science et aux difficultés de l'art, doivent être réprimés : tous les autres ne sont justiciables que du tribunal de l'opinion publique.

En général, l'heureux instinct qui domine les réunions nombreuses d'hommes éclairés, ne permet guère l'erreur quant aux faits qui réveillent chez tous la même pensée et qui appellent la même sympathie. Or, ce nous est, Monsieur, un devoir et un bonheur à la fois de vous annoncer cette résolution prise par l'assemblée, qu'il vous serait donné des témoignages matériels et moraux de l'intérêt que votre malheureuse affaire a universellement inspiré; nous sommes flattés, Monsieur, d'avoir à vous en transmettre ici l'honorable expression.

LES MÉDECINS DE PARIS.

SOUSCRIPTION THOURET-NOROY.

Les Rédacteurs du journal des *Connaissances Médico-Chirurgicales*.	100 fr.
M. Dorthe, médecin à la Teste-de-Buch..	10
M. Malapert, chirurgien major au 12e chasseurs.	5
M. Brinque, aide-major au 12e chasseurs.	5
M. Levasseur, chirurgien en chef de l'hôpital de Carcassonne.	5
TOTAL.	125

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PL. XV. — Région poplitée superficielle. — Adulte, côté droit, grandeur naturelle.

Indication des parties. A, B, C, le dedans, le dehors, et la partie postérieure de la cuisse; D, E, F, le dedans, le dehors, et la partie postérieure du mollet; G, la saillie du condyle interne du fémur; H, le niveau du condyle externe;

a, *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *h*, coupe de la peau derrière la cuisse et le mollet, en dedans et en dehors du genou; *i*, *k*, *l*, *m*, *n*, *o*, coupe de l'aponévrose d'enveloppe du membre inférieur. Entre cette aponévrose et la peau se voit une couche graisseuse, plus mince en dedans et en dehors du genou que derrière le mollet et la cuisse.

1, 1, 1, le muscle biceps fémoral; 2, 2, 2, 2, 2, le muscle demi-tendineux; 3, 3, 3, 3, le muscle demi-membraneux; 3', 3', extension ligamenteuse qui naît du tendon de ce muscle et va s'épanouir derrière l'articulation tibio-fémorale; 4, 4, 4, 4, le muscle droit interne ou grêle interne de la cuisse; 4', 4', l'angle externe et postérieur du condyle interne du fémur, dont la saillie écarte les demi-tendineux et le droit interne; 5, 5, 5, muscle couturier; 6, 6, 6, 6, 6, 6, les muscles jumeaux ou gastrocnémiens; 7, le muscle plantaire grêle.

8, 8, veine innominée, de situation constante, qui se jette dans les veines poplitées; 9, 9, autres veines qui pourraient s'appeler *jumelles*, allant aussi dans le creux du jarret; 10, 10, 10, 10, deux veines poplitées superficielles. Ces deux veines avec le nerf poplité interne cachent ici la grosse veine poplitée qui est un peu plus antérieure.

12, 12, le tronc de l'artère poplitée; 13, 13, 13, 13, 13, 13, rameaux artériels.

15, nerf sciatique; 16, 16, nerf poplité externe; 17, 17, nerf poplité interne; 18, 18, 18, rameaux nerveux.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° IV. — DÉCEMBRE 1834.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

1. MÉMOIRE SUR LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL (1).

(2e article.)

Les diverses présentations et positions auxquelles nous avons cru devoir rattacher tous les rapports possibles du fœtus avec le bassin, au commencement ou dans le cours du travail, ne sont certainement pas toutes également favorables à son expulsion naturelle et heureuse. Il en est quelques unes, en effet, les présentations de la face et celles de l'extrémité pelvienne, par exemple, qui, sans ajouter sensiblement aux difficultés de la parturition, compromettent cependant à un certain degré la vie du fœtus; il en est d'autres, les présentations du tronc sont dans ce cas, qui non seulement ajoutent à la longueur, aux difficultés et aux dangers de l'accouchement, mais qui le rendent même le plus souvent impossible sans l'intervention de secours étrangers; toutefois, dans l'état actuel de la science, on ne peut raisonnablement se refuser à reconnaître qu'il n'est aucune des présentations que nous avons indiquées qui n'admette, certaines conditions étant données, il est vrai, la possibilité de l'accouchement par le seul secours des efforts maternels. Il n'en est aucune non plus dans laquelle cette expulsion ne s'accomplisse suivant des règles assez constantes pour pouvoir être observées et décrites; il n'en est aucune par conséquent qui n'ait un mécanisme d'accouchement qui lui soit propre; c'est assez dire que nous nous proposons d'étudier les lois qui régissent l'expulsion du fœtus dans toutes les conditions de situation et de rapports que nous avons précédemment exposées.

Nous avons dit que ces conditions n'étaient pas toutes également favorables à l'expulsion heureuse du fœtus; il n'est presque pas nécessaire d'ajouter qu'elles ne sont pas et ne doivent pas être également fréquentes; beaucoup de tables ont été publiées déjà pour fixer le rapport de fréquence qui existe entre ces conditions diverses, et cependant ce point assez intéressant de la science ne nous semble pas avoir encore été suffisamment éclairé. Le résultat de nos propres recherches à cet égard trouvera donc utilement sa place dans cet article.

Dans l'espace de quatre ans et demi nous avons examiné 2,300 femmes en travail, dans le but de constater les rapports du fœtus avec le bassin. Elles étaient toutes parvenues au moins à la fin du sixième mois de leur grossesse. Comme chez 300 d'entre elles il ne nous a été possible de reconnaître la situation du fœtus qu'à une époque trop avancée de l'accouchement pour que nous ayons pu bien juger de ce qu'elle avait été au début du travail, ces trois cents femmes ne figureront pas dans nos calculs; le nombre primitif de femmes examinées se réduit donc à 2,000.

Sur ces 2,000 femmes, 20 sont accouchées d'enfans jumeaux, ce qui porte à 2,020 le nombre des enfans nés, et dont les rapports avec le bassin, pendant le travail, ont pu être bien appréciés.

De ces enfans, 1,922 ont présenté la tête, 85 l'extrémité pelvienne, et 13 une des régions latérales du tronc. Parmi ceux qui ont présenté la tête, 1,913 ont offert le sommet, et 9 la face. Parmi les 85 cas de présentation de l'extrémité pelvienne, 5 fois les pieds et les fesses se sont engagés ensemble, 54 fois les fesses se sont engagées seules, 26 fois les pieds déployés ont précédé les fesses et sont descendus les premiers. Dans les 13 cas de présentation du tronc, nous avons neuf fois reconnu la région latérale gauche, et quatre fois seulement la région latérale droite. Le tableau suivant résume ce que nous venons de dire.

Femmes accouchées..		2,000		
Enfans nés		2,020		
Présentation	de l'extr. céphalique.	1 922	sommet.. . . .	1.913
			face..	9
	de l'extr. pelvienne.	85	fesses et pieds ensemble. .	5
			fesses..	54
			pieds..	26
			genoux	0
	du tronc.	13	région latér. gauche. . .	9
			— lat. droite.	4

Les rapports particuliers des régions qui se sont présentées, avec les divers points du bassin, en un mot les positions méritent une attention spéciale.

Parmi les 1,913 présentations du sommet, 1,367 fois l'occiput s'est trouvé en rapport avec la moitié latérale gauche du bassin, et 546 fois avec la moitié latérale droite.

Parmi les 9 présentations de la face, nous avons 6 fois trouvé le menton dirigé vers l'un des points de la moitié latérale droite de ce canal, et 3 fois vers l'un des points de la moitié latérale gauche.

Dans les 85 cas de présentation de l'extrémité pelvienne, le toucher nous a fait reconnaître 41 positions sacro-latérales gauches, et 44 sacro-latérales droites.

Parmi les 9 présentations de la région latérale

(1) Voir, pour le premier article, le numéro de février 1834.

droite, 3 fois la tête du fœtus occupait le côté droit, et 1 fois le côté gauche du bassin.

Enfin, dans les 9 présentations de la région latérale gauche, 4 fois la tête fœtale s'est trouvée en rapport avec la fosse iliaque gauche et 5 fois avec la droite.

Ce que nous venons de dire des positions se résume dans le tableau qui suit.

PRÉSENTATIONS.	POSITIONS.	
Sommet.	occipito-latérale gauche. . .	1,367
	occipito latérale droite. . .	546
Face.	mento latérale droite. . .	6
	mento-latérale gauche. . .	3
Extrémité pelvienne. . .	sacro latérale gauche. . .	41
	sacro latérale droite. . .	44
Région lat. dr. du tronc.	céphalo-latérale gauche. . .	1
	céphalo latérale droite. . .	3
Région lat. ga. du tronc.	céphalo latérale gauche. .	4
	céphalo latérale droite. . .	5

Tels sont les résultats de nos propres observations; ils sont établis, comme on le voit, sur des chiffres beaucoup moins élevés que ceux des tables que la pratique de l'hospice de la Maternité a déjà fournies. Nous devons nous expliquer à cet égard.

Il nous aurait été certainement très facile de prendre des termes de comparaison beaucoup plus nombreux, et 30,000 accouchemens à peu près auraient pu servir de base à ce travail de statistique obstétricale. Les inductions que nous aurions tirées de l'observation d'un aussi grand nombre de faits eussent été très valables, mais à la condition que nous ne les aurions appliquées qu'à la démonstration de la fréquence comparative des présentations; le diagnostic restreint à ce point n'exigeant pas beaucoup d'attention et d'expérience, nous aurions pu, sans craindre d'altérer la vérité des faits, nous aider de quelques secours étrangers; mais, comme il n'en saurait être de même des positions qui réclament, pour être bien appréciées, une grande habitude et une sûreté de diagnostic qui ne peut être que le fruit d'un exercice très souvent répété, nous n'avons voulu nous en rapporter qu'au témoignage de nos propres sens. Voilà pourquoi le nombre des faits sur lesquels se fondent nos conclusions n'est pas aussi considérable qu'il aurait pu l'être; et, tel qu'il est, il a cependant exigé quatre années et demie de recherches suivies et attentives. Aussi nous sera-t-il permis de penser que les résultats que nous publions peuvent être considérés comme une expression des faits, aussi fidèle que peut le permettre l'insuffisance de nos moyens d'investigation.

Nos recherches, pour ce qui regarde la fréquence comparative des présentations, nous ont conduit, à ce qu'il nous semble, à des résultats qui s'accordent assez avec ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, et cela devait être. Des divergences d'opinions ne sont guère possibles lorsqu'il s'agit de faits dont la constatation est facile, et pour l'appréciation desquels le témoignage de la vue serait presque suffisant. Mais cet accord n'existe plus sur les positions, et l'on va voir qu'il existe bien moins encore sur les nuances diverses que celles-ci peuvent offrir; il nous importe d'arrêter un instant l'attention du lecteur sur ce point.

En admettant, pour les présentations du sommet (il nous suffit de prendre celles-là pour exemples), deux positions latérales seulement, il est évident que nous avons confondu dans cette seule dénomination d'une part la première et la cinquième de Baudelocque (première et quatrième de M. Capuron), dont nous avons fait l'occipito-latérale gauche, et d'une autre part la deuxième et la quatrième de Baudelocque (deuxième et troisième de M. Capuron), dont nous avons fait la position occipito-latérale droite; il est de plus évident que nous avons cessé d'admettre, ou que plutôt encore nous avons confondu dans les positions précédentes la troisième (occipito-pubienne) et la sixième (occipito-sacrée) de Baudelocque; nous avons pourtant accordé que chacune de nos deux positions fondamentales admettait des nuances fort nombreuses, lesquelles pouvaient en définitive se rattacher à deux principales, qui reproduiraient celles de Baudelocque et de M. Capuron. Dans l'une l'occiput serait placé en avant du diamètre transverse; dans l'autre il serait en arrière de ce diamètre. Bien que nous n'ayons pas cru nécessaire de faire entrer ces nuances dans notre classification, pour des raisons qui seront bien comprises plus tard, nos recherches, dans l'état actuel de la science, ne pouvaient manquer de s'étendre à l'appréciation de ces nuances, et voici les résultats que nous avons obtenus :

Dans les 1,367 cas de position occipito-latérale gauche, l'occiput s'est trouvé 1,355 fois dirigé en avant dans des rapports qui, par conséquent, représentent à peu près la première position de Baudelocque et de M. Capuron, et douze fois seulement en arrière dans la cinquième position de Baudelocque (quatrième de M. Capuron).

Dans les 546 cas de position occipito-latérale droite, l'occiput s'est trouvé 55 fois seulement dirigé en avant, c'est-à-dire à peu près dans la deuxième position de Baudelocque et de M. Capuron, et 491 fois en arrière dans la quatrième position de Baudelocque (troisième de M. Capuron).

Ainsi, sur 2,020 accouchemens seulement, nous avons trouvé l'occiput 491 fois dans des rapports qui n'auraient été reconnus que 109 fois sur 20,000 accouchemens d'après les tables de madame Boivin, et 164 fois sur plus de 22,000, d'après celles de madame Lachapelle; d'un autre côté, nous n'avons constaté que 55 positions occipito-cotyloïdiennes droites, ce qui établit entre cette position et le nombre des accouchemens qui ont servi de base à nos calculs, un rapport de 1 à 36 ou 37, tandis que madame Boivin en indique 3,682 sur 20,517, et madame Lachapelle 4,659 sur 22,982, c'est-à-dire une position occipito cotyloïdienne droite sur 4 ou 5 accouchemens. Enfin, sur 2,020 accouchemens, nous avons observé 12 fois l'occiput dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, c'est-à-dire une position de ce genre sur 169 accouchemens, pendant que les tables de madame Boivin en admettraient une sur 225 à 226, et celle de madame Lachapelle une sur 377 à peu près.

Ces différences, entre les résultats de nos recherches et ceux que les tables de l'hospice de la Maternité ont fournis jusqu'à ce jour, ne sont pas moins remarquables pour les positions de

'extrémité pelvienne; sur les 41 positions sacro-latérales gauches, nous en avons reconnu 12 dans lesquelles la région postérieure du fœtus regardait en arrière; et sur les 44 positions sacro-latérales droites, nous en avons observé 29, dans lesquelles la région postérieure du fœtus était dirigée dans le même sens. Ces proportions paraîtront remarquables si on les compare à celles qu'indiquent mesdames Boivin et Lachapelle, puisqu'il résulterait des tables de madame Boivin qu'on n'aurait observé que 16 positions sacro-postérieures sur 611 présentations de l'extrémité pelvienne; et de celles de madame Lachapelle, qu'on n'en aurait reconnu que 8 sur 804 présentations du même genre. Cette divergence d'opinions sur une question de fait mérite quelques éclaircissemens.

Pour constater les rapports du fœtus avec le bassin pendant la parturition, l'on peut employer deux modes très différens : l'un consiste à rechercher ces rapports aussitôt que la dilatation de l'orifice est assez grande pour permettre sans difficulté l'introduction du doigt; l'autre, à attendre, dans l'espérance de porter un jugement plus sûr, que le fœtus soit devenu, par les progrès du travail, très facilement accessible, et à différer même, pour établir un diagnostic, jusqu'au moment où il franchit la vulve et se montre aux yeux des assistans. Le premier de ces modes a, il est vrai, l'inconvénient que les investigations ne sont pas toujours fructueuses, quand le travail est très peu avancé; mais, comme répétées plus tard, elles manquent rarement d'atteindre le but, il a le très grand avantage d'être réellement probant, parce que ces investigations hâtives sont les seules qui puissent saisir le fœtus dans ses rapports primitifs avec le bassin. Le second mode a l'inconvénient très grave de donner une fausse idée de ces premiers rapports; lorsqu'en effet le sommet, la face ou le pelvis fœtal, se montrent à l'extérieur, ou lorsque, sans être apparentes encore, ces parties du fœtus sont très rapprochées des parties génitales, leur situation à l'égard du canal qu'elles ont parcouru, ou qu'elles parcourent encore, est ordinairement loin d'être alors ce qu'elle a été au début du travail, Aussi, si de ce que découvre la vue, ou même une exploration manuelle tardive, l'on conclut à ce qui a dû être précédemment, on s'expose certainement à tomber dans l'erreur. Il n'est pas douteux que c'est pour avoir jugé ainsi que les anciens accoucheurs ont si long-temps méconnu la situation réelle du fœtus au début du travail, et nous avons la conviction intime que c'est ce mode défectueux d'investigations qui a servi à la rédaction des tables publiées par madame Boivin et madame Lachapelle. Nous dirons plus, c'est que leurs proportions sont établies sur un nombre beaucoup trop considérable d'observations pour qu'il en ait pu être autrement. Dans le fait que nous signalons réside en très grande partie la cause des différences notables qui existent entre les résultats que nous venons de faire connaître, et ceux que la pratique de l'hospice de la Maternité a donné l'occasion de publier, et qui, parmi nous, ont servi de règle jusqu'à ce jour.

Nous avons mis dans les explorations, dont nous venons d'exposer les résultats toute l'attention qu'exigeait l'éclaircissement d'une question physiologique, diversement résolue; nous croyons, par conséquent, que nous nous sommes beaucoup plus rapproché de la vérité que les auteurs dont nous venons de contredire les opinions, mais nous nous gardons bien d'affirmer, cependant, que notre diagnostic ait été constamment exempt d'erreur; les raisons sur lesquelles notre réserve se fonde, méritent que nous nous y arrêtions un instant, car ce que nous avons à dire ne s'applique pas seulement à nos recherches, mais à toutes celles du même genre qui peuvent être faites.

Nous n'avons pas d'autre moyen probant d'apprécier les positions du fœtus que le toucher vaginal, et c'est à l'aide du doigt, par conséquent, que nous cherchons à constater les rapports des divers points remarquables de la région du fœtus qui se présente, avec les divers points du contour du bassin. Il est en général facile de reconnaître les points qui caractérisent une présentation, quand la tuméfaction des parties, résultant de la longueur du travail, n'en a pas altéré ou n'en masque pas les apparences; les sutures et les fontanelles pour le sommet de la tête, le nez et la bouche pour la face; l'anus, les ischions, le coccyx, les talons, les orteils, pour l'extrémité pelvienne, peuvent être aisément reconnus; il est également facile de déterminer si quelques uns de ces points sont dirigés vers le côté gauche ou le côté droit du bassin, et d'en déduire les rapports de la région antérieure ou postérieure de l'enfant avec la paroi latérale droite ou gauche de l'utérus. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer si le point de reconnaissance est en arrière ou en avant du diamètre transversal du bassin, si dans les présentations du sommet, par exemple, la fontanelle postérieure est réellement en arrière, de côté, ou même en avant; il est vrai que la direction de la suture sagittale devrait éclairer tous les doutes, mais elle n'est pas très bien jugée par le toucher qui, pour cette appréciation, comme pour beaucoup d'autres dans lesquelles la vue ne peut l'aider ou le rectifier, est quelquefois un instrument fort trompeur; et cela est si vrai qu'il n'est pas rare que l'indicateur de la main droite et celui de la main gauche, exercés successivement dans le même cas, reçoivent des impressions précisément opposées.

Ce n'est pourtant pas à ces difficultés bien réelles de diagnostic qu'il faut attribuer les différences entre les résultats que nous publions et ceux, beaucoup plus nombreux, qui ont été précédemment publiés, nous en avons plus haut exposé les véritables raisons. Mais ces difficultés, néanmoins, auxquelles il faut ajouter la diversité des chances qui s'offrent aux expérimentateurs, doivent faire pressentir des différences inévitables entre les résultats de recherches faites avec le même soin et la même expérience par divers accoucheurs.

Il résulte évidemment de nos recherches, et d'ailleurs de toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, que les présentations de la tête, surtout quand elle est dans son état normal de flexion et dans une direction qui se rapproche, jusqu'à un certain point, de celle de l'axe du détroit supérieur, sont beaucoup plus

souvent observées que les autres. Il n'entre ni dans nos intentions ni dans le plan de cet article de rechercher les causes de cette fréquence comparative : il nous importe seulement de constater le fait pour justifier l'ordre que nous allons suivre dans l'exposé du mécanisme de l'accouchement naturel. Nous ne pouvons toutefois nous empêcher de rappeler que cette situation de l'enfant, d'abord plus favorable que toute autre à la facilité de son expulsion, l'est beaucoup plus aussi à la conservation de sa vie pendant le travail dont il doit en partie supporter les efforts, et que c'est assez pour faire sentir que la nature a dû vouloir qu'il se présentât ainsi. Peut-être est-ce là que devraient s'arrêter les esprits qui répugnent à aller au delà de ce qui est rigoureusement positif. La plupart des physiologistes et des accoucheurs n'ont pourtant pas cru qu'ils dussent se contenter de signaler cette cause éloignée, et, tout en reconnaissant dans les présentations de la tête la prévoyance de la nature, ils se sont appliqués à rechercher les moyens qu'elle a préparés, les instrumens dont elle s'est servie pour en assurer les effets. Chacun sait que cette question physiologique a reçu des solutions différentes, et, ailleurs (1), nous avons nous-même exprimé à cet égard une opinion fort éloignée de celle qui est aujourd'hui encore assez généralement admise. Les raisons sur lesquelles nous nous sommes fondé pour rejeter l'influence d'une cause purement physique (la prépondérance de pesanteur de la tête fœtale), et pour admettre, au contraire, une cause entièrement vitale, une action propre, irrésistible, irréfléchie, en un mot une détermination instinctive du fœtus; ces raisons ne nous semblent pas avoir été ébranlées par les objections peu solides que leur publication a soulevées. Nous restons bien convaincu qu'il ne leur a manqué, pour trouver un accès plus facile dans les esprits, qu'une plus complète intelligence de la nature intime des actes auxquels doit être réservée la dénomination d'instinctifs, actes que l'on confond trop souvent avec ceux de l'intelligence, et qui en diffèrent à ce point que l'on pourrait presque les considérer comme purement organiques, s'ils n'empruntaient pour leur accomplissement le secours d'organes ordinairement soumis à l'influence de la volonté. C'en est assez sur ce point, revenons à notre sujet.

Les présentations du sommet de la tête étant celles qui s'offrent le plus souvent à l'observation, c'est par elle que nous commencerons la description du mécanisme de l'accouchement naturel; nous l'étudierons ensuite dans les présentations de la face, puis dans celles de l'extrémité pelvienne; nous exposerons enfin les lois qui régissent encore l'expulsion spontanée du fœtus quand elle a lieu dans les présentations du tronc.

Si notre travail a le moindre mérite, ce mérite consiste dans l'exposé de quelques idées qui peuvent paraître nouvelles parmi nous. C'est assez dire qu'il ne saurait ressortir que par la comparaison établie entre les opinions que nous allons exposer et celles qui sont admises par la grande majorité des accoucheurs français. Il nous semble donc convenable, et d'ailleurs utile à l'intelligence de nos principes, de suivre la marche que nous avons adoptée dans notre premier article, en rappelant au lecteur les opinions professées aujourd'hui sur le point de la science qui va nous occuper. Suivant Baudelocque et la plupart des auteurs qui ont écrit après lui, la tête du fœtus, médiocrement fléchie au commencement du travail, exécute, en pénétrant dans le bassin, 1° un mouvement de flexion; 2° un mouvement de rotation; 3° un mouvement d'extension; 4° un mouvement de restitution, par lequel la tête, après avoir franchi la vulve, reprend avec le tronc ses rapports naturels. Le mouvement de flexion a pour résultat de rapprocher assez le menton de la poitrine pour que ce soient les diamètres perpendiculaire et transversal qui se trouvent seuls en rapport avec les diamètres horizontaux du bassin. Le mouvement de rotation s'exécute sur les parties du canal, auxquelles on a donné le nom de plans inclinés. Lorsque l'occiput s'est trouvé primitivement en rapport avec l'un des points de la moitié antérieure du bassin, le mouvement de rotation l'amène dans l'arcade des pubis; lorsqu'au contraire cette même partie de la tête s'est trouvée primitivement en rapport avec l'un des points de la moitié postérieure; le mouvement de rotation le conduit dans la courbure du sacrum; de sorte que, dans le premier cas, la région postérieure de l'enfant naissant se dirige et reste en avant, et dans le second, cette même région se dirige et reste en arrière jusqu'au moment de l'expulsion complète. Ce mouvement de rotation est exécuté par la tête seule; le tronc n'y participe nullement, et il conserve ses rapports primitifs avec l'utérus et le bassin.

Il résulte de l'accomplissement de ces lois, telles que les comprennent et les exposent la plupart des accoucheurs, que, dans les positions occipito antérieures, l'occiput dirigé par le mouvement de rotation dans l'arcade des pubis, se dégage ensuite par un mouvement d'extension prompt et facile; et que dans les positions occipito-postérieures, au contraire, par cela même qu'elles ont pour conséquence nécessaire la rotation de l'occiput en arrière dans la courbure du sacrum, et qu'elles obligent cette région de la tête fœtale à parcourir, par un mouvement de flexion forcée, toute la paroi postérieure du bassin, l'accouchement est beaucoup plus long et plus pénible, et qu'il peut éprouver souvent des difficultés assez grandes pour exiger les secours de l'art. Solayrès et Baudelocque avaient pourtant observé que, quand l'occiput est primitivement dirigé en arrière il arrive quelquefois qu'un mouvement de rotation en sens inverse de celui qu'ils avaient regardé comme le plus commun, le ramène d'arrière en avant dans l'arcade des pubis; mais ces cas étaient considérés par eux comme de réelles exceptions à la règle générale. Enfin, après la sortie de la tête, les épaules qui ont conservé leurs rapports primitifs avec le bassin subissent à leur tour l'influence des lois qui ont régi le passage de la tête. Le mouvement de rotation conduit au sommet de l'arcade des pubis; celle des

(1) Mémoires de l'Académie royale de médecine.

deux épaules qui répond à l'un des points de la moitié antérieure du bassin, et dans la courbure du sacrum celle qui est dirigée obliquement en arrière.

Deux idées principales nous paraissent dominantes dans l'opinion de Baudelocque et des accoucheurs français, en général; c'est que la tête du fœtus doit se placer dans des conditions telles qu'elle n'offre que ses plus petits diamètres, et que ceux-ci soient parallèles aux plus grands du canal qui doit être parcouru; qu'ainsi elles franchissent le détroit supérieur dans la direction des diamètres obliques de cette ouverture et le détroit inférieur dans celle des diamètres antéro-postérieur et transverse. C'est, d'une autre part, qu'il est impossible à la tête du fœtus d'exécuter dans l'excavation pelvienne un mouvement de rotation dont l'étendue excède un quart de cercle, opinion qui se rattache sans doute à celle que le tronc, pressé par les contractions utérines, et en quelque sorte enchaîné par elles dans ses rapports primitifs avec le bassin, ne participe nullement aux mouvemens qui sont imprimés à la tête.

Nous verrons plus tard que ces idées, fort plausibles en apparence et fort admissibles en théorie, ne sauraient plus l'être, du moins dans la grande majorité des cas, après l'observation attentive des procédés naturels.

Mécanisme de l'accouchement naturel dans les présentations du sommet.

1° *Position occipito-latérale gauche.* — Au moment où les premières contractions utérines se manifestent, les membranes étant encore intactes, la tête du fœtus est fléchie de manière que le menton repose presque sur la partie antérieure de la poitrine. Pour qu'il en soit ainsi, aucun effort de flexion n'est nécessaire, parce que le col du fœtus est très court et la base de la mâchoire, par conséquent, très rapprochée du thorax. Dans cet état, la tête fœtale tend à s'engager en présentant son diamètre occipito-frontal dans un sens et son diamètre transversal dans l'autre. La suture bipariétale, étendue de gauche à droite peut se trouver dans la direction de toutes les lignes imaginables qui se rendraient d'un point de la moitié latérale gauche au point diamétralement opposé de la moitié latérale droite. Cependant, dirigée presque toujours d'avant en arrière, et de gauche à droite, quelquefois d'un côté à l'autre suivant une ligne transversale, elle peut l'être encore, mais bien plus rarement, d'arrière en avant et de gauche à droite; dans tous les cas, elle occupe à peu près le centre du bassin.

La fontanelle postérieure et la fontanelle antérieure placées presque au même niveau, la première pourtant un peu plus bas que l'autre, sont situées, la fontanelle postérieure à gauche, la fontanelle antérieure à droite; la première presque toujours en avant, quelquefois directement de côté, très rarement en arrière; la seconde presque toujours en arrière, quelquefois de côté, et fort rarement en avant; mais, dans tous les cas, l'une et l'autre à distance à peu près égale du contour du bassin. Ainsi placée, la tête du fœtus ne s'offre pas dans une direction exactement perpendiculaire au plan du détroit supérieur, mais, au contraire, dans une direction légèrement oblique; et telle est cette disposition de la tête que le pariétal droit qui est en avant se trouve évidemment plus bas que le pariétal gauche qui est en arrière; et que la bosse pariétale droite est déjà descendue dans l'excavation lorsque la bosse pariétale opposée est encore au niveau du bord du détroit abdominal en arrière; la suture bipariétale au lieu de se trouver sur le trajet de l'axe du détroit supérieur, est un peu plus en arrière que cet axe; et elle regarde la dernière ou l'avant-dernière pièce du sacrum. Cette inclinaison de la tête fœtale, portée au degré auquel nous venons de la supposer, doit être considérée comme une condition normale, et distinguée par cela même de l'inclinaison irrégulière, défectueuse, que nous avons mentionnée dans notre premier article; et sur laquelle nous reviendrons plus tard. Méconnue par Baudelocque et par la plupart des accoucheurs modernes, elle a été signalée d'abord, et avec beaucoup de raison, par le professeur Naégèle. Nous pensons, toutefois, que ce célèbre accoucheur a donné à cette obliquité de la tête fœtale plus d'importance qu'elle n'en a réellement, parce qu'il en a évidemment exagéré l'étendue. Il ne nous paraît pas, en effet, exact de dire que le pariétal qui est en avant puisse être considéré comme le point réellement le plus déclive de la tête et que la suture sagittale regarde la première ou la seconde pièce du sacrum (1). Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait ou que le tronc du fœtus fût presque horizontalement couché sur la paroi antérieure d'une matrice extrêmement oblique en avant, ou que la tête du fœtus fût très notablement inclinée sur le tronc; si l'inclinaison était ce que l'a supposée le professeur Naégèle, une des oreilles devrait se présenter constamment au vide du bassin et être reconnue par le toucher, et c'est ce qui n'arrive pourtant, chacun le sait, que dans les inclinaisons vicieuses que nous rappelions, il n'y a qu'un instant. L'inclinaison normale est telle, au contraire, que la suture sagittale reste toujours la partie la plus déclive de la tête, et que l'oreille qui est en avant se trouve, en très petite partie, placée derrière la symphyse du pubis, et en plus grande partie au dessus de cette symphyse. Il est très vrai que quand on veut constater par le toucher la situation réelle de la tête du fœtus, celui des deux pariétaux qui se trouve en avant est la région de cette extrémité que le doigt atteint avec le plus de facilité, et qu'il heurte presque nécessairement de prime abord, avant de parvenir jusqu'à la suture bipariétale qui est beaucoup plus difficile à atteindre et semble dirigée assez fortement en arrière. Cependant, dans les conséquences que l'on peut tirer de cette observation, il faut bien se garder d'oublier que l'ouverture par laquelle nos explorations manuelles ont lieu, n'est pas placée dans une direction parallèle au plan de celle dans laquelle la tête du fœtus est engagée, mais dans une direction toute différente; qu'elle est en quelque sorte située sur la face antérieure du canal et que le doigt introduit au dessous de la symphyse pu-

(1) Archives de médecine, Décembre 1833.

bienne, c'est-à-dire par le point le plus élevé de cette ouverture presque antérieure, ne saurait facilement atteindre le corps volumineux qui s'engage dans le détroit abdominal que par la portion de ce corps qui est en contact avec la paroi antérieure du bassin. Il résulte de ce que nous avons dit que la tête du fœtus se présente modérément inclinée au détroit supérieur, et que si l'un des pariétaux semble être la partie la plus déclive, et si la suture sagittale semble assez fortement inclinée en arrière pour regarder la partie supérieure du sacrum, cela tient certainement à une erreur du toucher, laquelle dépend de la forme du canal et du non-parallélisme de ses ouvertures. Nous nous sommes assez expliqué sur la situation de la tête fœtale à l'égard du canal dans lequel elle s'engage, pour que chacun puisse voir clairement que la circonférence de la tête qui répond au contour du détroit abdominal peut être représentée par une ligne qui, passant sur les extrémités du diamètre occipito-frontal, laisserait bien au dessous d'elle, en avant, la bosse pariétale droite, et passerait en arrière sur la bosse pariétale gauche, coupant ainsi fort irrégulièrement la voûte du crâne. Ce n'est donc pas précisément le diamètre bi-pariétal qui croise le bassin de gauche à droite, mais un diamètre étendu de la bosse pariétale gauche au bord inférieur du pariétal droit, près de la suture temporo-pariétale. Ajoutons que ce diamètre transversal de la tête ne se trouve pas non plus, comme on le dit à tort, dans la direction du diamètre oblique du bassin qui va de la cavité cotyloïde droite à la symphise sacro-iliaque gauche lorsque le diamètre occipito-frontal se trouve dans la direction du diamètre oblique du côté opposé; la forme de la tête ne se prête pas à ce qu'il en soit ainsi. Quand le diamètre occipito-frontal est parallèle à la direction du diamètre oblique qui va de gauche à droite, le diamètre transverse de la tête fœtale dont nous parlions tout à l'heure est étendu dans la direction d'une ligne qui se rendrait de la symphise sacro-iliaque gauche au milieu de la branche horizontale du pubis du côté droit. Tels sont les rapports de la tête du fœtus avec le bassin; on conçoit facilement ce que doivent être ceux du tronc. Dans tous les cas, la région dorsale du fœtus répond à la paroi latérale gauche, et la région abdominale à la paroi latérale droite de la matrice; le côté droit du fœtus est dirigé obliquement en avant, et le côté gauche obliquement en arrière. Il est presque inutile de dire que ces rapports doivent offrir les nuances nombreuses dont nous avons signalé la possibilité pour ceux de la tête avec le détroit supérieur. Nous terminerons par une dernière remarque, elle nous paraît d'une haute importance. Le soin que nous avons mis à exposer la situation du fœtus à l'égard du bassin a dû faire reconnaître qu'au moment où le travail commence, et nous ajouterons qu'avant même que le terme de la grossesse soit arrivé, lorsque la tête fœtale se présente dans les conditions que nous venons d'étudier, elle est en partie déjà engagée dans le bassin; une portion assez étendue de la voûte du crâne est descendue au dessous du contour du détroit abdominal, fait saillie dans l'excavation et ferme en quelque sorte l'ouverture supérieure de la cavité pelvienne. Il résulte de là qu'elle doit être presque toujours facilement accessible au doigt; cet engagement de la tête, avant même que les contractions utérines aient pu le produire, est tellement la conséquence naturelle de sa présentation régulière et des rapports favorables de volume et de capacité qui existent entre cette région du fœtus et le bassin de la mère, qu'il y a lieu de soupçonner l'absence de quelques unes de ces conditions heureuses, ou même quelque autre présentation que celle de la tête, et par conséquent de se tenir en garde, lorsque la région du fœtus qui s'offre au détroit abdominal ne saurait être atteinte ou l'est difficilement par le toucher. Il est vrai que, dans un assez grand nombre de cas, la tête, inaccessible d'abord, descend ensuite quand les membranes sont rompues, et lorsqu'une partie des eaux de l'amnios est évacuée. Mais, comme il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, notre remarque n'en conserve pas moins une grande importance.

Tels sont fort exactement les rapports du fœtus avec le bassin et avec la cavité utérine au commencement du travail. Voyons, avant d'aller plus loin, ce que le toucher peut constater alors. Le doigt, porté jusqu'à l'orifice utérin, difficile à atteindre parce qu'il est très incliné en arrière, sent, à travers cet orifice très peu dilaté, une petite partie ronde et solide constituée par la région supérieure et postérieure des deux pariétaux, mais surtout du pariétal droit qui est en avant. Sur cette partie ronde et solide, le doigt distingue une ligne enfoncée: c'est la suture bi-pariétale qui croise ordinairement l'orifice d'avant en arrière et de gauche à droite.

Ce sont là les seuls caractères qu'il soit en général possible de saisir dans l'aire étroite que circonscrit alors le contour de l'orifice. Cependant, si le doigt soulève le bord antérieur et latéral gauche de cette ouverture, il reconnaît la fontanelle occipitale, et une petite partie des deux branches de la suture lambdoïde; s'il soulève de même le bord postérieur et latéral gauche pour glisser entre les membranes et cette partie de l'orifice utérin, il atteint, mais plus difficilement, la grande fontanelle, qui est plus en arrière et plus élevée. La main, appliquée sur la paroi antérieure de l'abdomen, reconnaît, en général, avec facilité, le tronc du fœtus, mais sans en pouvoir apprécier les diverses parties; portée sur le fond de l'utérus, elle y sent l'extrémité pelvienne qui se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, et qui, par le volume et la résistance qu'elle offre à travers les parois abdominales et utérines, serait facilement prise pour la tête fœtale, s'il n'était souvent possible de distinguer, auprès de cette tumeur solide et arrondie, des parties ordinairement mobiles, lesquelles sont les extrémités abdominales.

Nous croyons avoir donné une assez exacte idée des conditions dans lesquelles le fœtus se trouve lorsque les premiers efforts expulsifs se manifestent, pour que sa marche et les modifications ultérieures que ses rapports doivent subir soient facilement compris.

Lorsqu'après la rupture des membranes, l'écoulement d'une partie des eaux de l'amnios et la dilatation de l'orifice utérin, les contractions

de la matrice s'exercent plus directement sur le fœtus, les extrémités abdominales et thoraciques sont pressées contre le tronc; celui-ci se courbe sur sa région antérieure, et le menton se rapproche un peu de la partie supérieure de la poitrine; ces premières modifications sont très évidentes quand la plus grande partie des eaux de l'amnios est évacuée; mais elles ne sont pas, en général, aussi prononcées, à beaucoup près, qu'on pouvait le croire; parce que, dans les présentations du sommet, il reste habituellement une assez grande quantité d'eau pour que la compression qu'éprouve le fœtus soit loin d'être immédiate; à ce premier effet des contractions utérines succède la série des changemens que ses rapports primitifs doivent éprouver.

Quand les lois s'accomplissent régulièrement, et nous supposerons qu'il en est ainsi, la tête du fœtus franchit le détroit supérieur et descend dans l'excavation. Le menton se rapproche encore davantage de la poitrine; la tête, inclinée latéralement comme nous l'avons vu, s'incline dans le sens opposé, ou plutôt se redresse. L'occiput glisse d'arrière en avant sur le plan latéral du bassin avec lequel il est en rapport, et se dirige dans l'arcade des pubis; plus tard, le menton s'éloigne graduellement du sternum, et la tête passe de l'état de flexion dans lequel elle était à un état d'extension plus ou moins prononcé. Les épaules, descendues dans une direction oblique ou transversale, se présentent ensuite à l'arcade pubienne et la franchissent. Le reste du tronc suit après cela sans difficulté. Tels sont les phénomènes qui appartiennent à l'expulsion du fœtus, et que nous allons successivement étudier.

La tête fœtale descend dans l'excavation pelvienne en glissant sur les parois du canal, dans les conditions que nous avons représentées par la dénomination de position occipito-latérale gauche; presque toujours l'occiput parcourt de haut en bas la fosse sous-pubienne interne et les parties molles qui la tapissent; le front descend au devant de la symphyse sacro-iliaque droite et de la grande échancrure ischiatique, comprimant ou effleurant dans ce trajet le bord interne du muscle psoas correspondant, le muscle pyramidal, les branches antérieures des nerfs sacrés, et surtout le faisceau qui résulte de leur réunion. Le pariétal gauche, qui est en arrière, passe à peu près au devant des mêmes parties du côté opposé, et de plus au devant du rectum, sépare toutefois de ces organes, en raison de la forme et de l'étendue des côtés de la tête, qui ne leur permet pas de pénétrer profondément dans cette partie du canal. Le pariétal droit, au contraire, glissant derrière la branche horizontale du pubis droit, y presse presque nécessairement, outre les parties que nous avons indiquées, le fond et le col de la vessie. Le mouvement de descente est à son terme quand le sommet est parvenu sur le plancher du bassin, reposant alors sur le muscle releveur de l'anus et une partie du rectum. L'étendue du trajet que la tête parcourt alors varie nécessairement en raison de son élévation primitive; mais on peut dire qu'en général il n'est pas aussi long qu'on pourrait l'imaginer; car il ne faut pas oublier que la tête était déjà saillante dans l'excavation avant même l'apparition des premières douleurs, et nous ajouterons même qu'il est quelques femmes chez lesquelles elle est tellement descendue au terme de la gestation, que le trajet, du point qu'elle occupe jusqu'au plancher du bassin, est fort court.

Nous avons dit que la tête était assez modérément fléchie au moment où le travail commence, pour que la suture bi-pariétale fût à peu près parallèle au plan du détroit supérieur, et pour que les deux fontanelles principales fussent presque placées de niveau. Il n'en est plus de même quand la tête du fœtus est parvenue au fond de l'excavation pelvienne, en raison, sans doute, des résistances qu'elle a éprouvées en parcourant les parois du bassin; en raison sans doute aussi de la direction des puissances auxquelles elle a dû obéir, et surtout de la forme de l'orifice utérin et des difficultés qu'il lui a opposées; elle s'est fléchie, c'est-à-dire, qu'elle s'est placée dans des conditions plus favorables à son passage. La suture bi-pariétale est devenue fort oblique d'avant en arrière, et de bas en haut. La fontanelle occipitale s'est abaissée et est devenue fort accessible au doigt; la fontanelle frontale s'est élevée, au contraire, et ne peut être que très difficilement atteinte; le menton est fortement appuyé contre la poitrine; le diamètre occipito-frontal, précédemment parallèle à l'un des diamètres horizontaux du bassin, et qui croisait à peu près à angle droit l'axe du détroit supérieur, s'est incliné par l'abaissement de l'une de ses extrémités et par l'élévation de l'autre, et il forme à présent, avec l'axe précédent, un angle assez aigu. La circonférence de la tête, qui se trouve dans ce moment en rapport avec les diamètres horizontaux du bassin, peut être représentée par une ligne qui, passant en arrière sur la bosse pariétale gauche, laissant un peu au dessous d'elle, en avant, la bosse pariétale droite, passerait à gauche sur la tubérosité occipitale, et croiserait la suture sagittale au milieu de l'espace compris entre les bosses coronales et la fontanelle antérieure.

Le mouvement de flexion que nous venons d'étudier n'est pas à beaucoup près également remarquable dans tous les cas. Nous devons même dire qu'il l'est fort peu dans un très grand nombre; mais il devient très prononcé lorsque l'occiput est primitivement placé en arrière, et y reste jusqu'à ce que le mouvement de descente soit complétement achevé.

La tête ne s'est pas présentée au détroit supérieur, et ne s'y est pas engagée, de manière à ce que son diamètre perpendiculaire fût parallèle à l'axe de cette ouverture; elle était, au contraire, légèrement inclinée; cette inclinaison se corrige à mesure que la tête pénètre dans l'excavation; et quand elle repose sur le fond du bassin, et surtout lorsque, sous l'influence de quelques contractions utérines elle a pressé sur le périnée, l'inclinaison primitive a disparu, les bosses pariétales se trouvent au même niveau. Nous n'avons pas remarqué, comme l'assure M. Stoltz, que, quand la tête commence à descendre dans l'excavation, son inclinaison primitive s'accroisse d'abord, pour se corriger ensuite. Il nous a

semblé, au contraire, que le redressement dont nous parlons se fait par une gradation non interrompue et très régulière, à partir de l'instant même où, pressée par les contractions utérines, la tête fœtale franchit le détroit supérieur.

Dans la position occipito-latérale gauche qui nous occupe, la région occipitale est ordinairement en rapport avec la partie antérieure et latérale gauche du bassin; nous rappellerons encore qu'elle peut l'être aussi, quoique plus rarement, avec tous les points possibles de la moitié latérale gauche de ce canal, depuis le sacrum jusqu'au pubis. Quelle qu'ait été sa situation primitive, antérieure, latérale ou postérieure, toujours est-il qu'au moment où la tête est arrivée au terme, de son mouvement de progression de haut en bas, et lorsque surtout elle a commencé à distendre le périnée, cette fontanelle est souvent placée derrière la branche ischio-pubienne gauche, ou en un point beaucoup plus rapproché de la commissure inférieure de la vulve, et par conséquent de la ligne médiane antéro-postérieure du périnée.

Pour arriver en ce lieu, des différens points de départ que nous avons supposés, il est de toute évidence que la tête a dû exécuter un mouvement de rotation autour de son axe perpendiculaire, ou de celui qui le représente, quand elle est fléchie. Ce mouvement de rotation a dû être d'autant moins étendu, que l'occiput était primitivement moins loin de la symphyse pubienne, et c'est, en effet, ce qui a presque toujours lieu; d'autant plus étendu, au contraire, qu'il était primitivement plus rapproché du sacrum. Si l'on suppose une infinité de lignes partant de tous les points possibles de la demi-circonférence gauche du détroit abdominal, et convergeant vers la ligne médiane du périnée, au dessous de la commissure inférieure de la vulve, on aura une idée de toutes les directions que la tête peut suivre pour exécuter le mouvement de rotation dont nous venons de parler.

Dans le trajet que la tête fœtale a parcouru jusqu'à ce moment, elle n'a pénétré encore que dans la partie du canal qui était facilement perméable, dans une cavité toute faite, et en quelque sorte prête à la recevoir sans de grandes difficultés, si l'on fait abstraction, du moins, de celles qui ont pu résulter de la résistance de l'orifice utérin. Mais, au point où nous l'avons conduite, il est clair qu'elle ne peut sortir de la cavité dans laquelle elle est engagée qu'en se frayant un passage à travers l'ouverture, comparativement très étroite, que lui offre la vulve, en transformant la cavité pelvienne en un canal perméable. Dès ce moment, tous les efforts utérins tendent à ce résultat. Poussé par des contractions énergiques, le sommet de la tête fœtale déprime les parois molles sur lesquelles il repose; il les distend par degrés, et parvient à convertir le plancher du bassin en une gouttière profonde, en une portion de canal qui prolonge, en avant et en bas, la paroi postérieure formée par le sacrum, le coccyx et les ligamens sacro-sciatiques.

Durant les efforts d'impulsion nécessaires pour produire ce résultat, on voit s'accomplir la dernière partie du mouvement de rotation dont nous avons précédemment parlé; l'occiput s'engage dans l'arcade des pubis, et la nuque se place sous le sommet de cette arcade. Quand les choses en sont arrivées à ce point, le tronc du fœtus se courbe sur son plan postérieur, de même que le ferait une tige flexible qui serait poussée dans un canal demi-circulaire. Comme conséquence et comme aide de cette inflexion du tronc fœtal, l'espèce de brisure que la jonction de la tête avec la poitrine laisse entre la base de la mâchoire et le sternum, s'ouvre, quand le menton s'écarte de la partie supérieure du thorax. C'est ainsi que s'exécute le mouvement d'extension.

A mesure que cette inflexion s'opère, l'occiput se relève sur la région antérieure des pubis; la fontanelle occipitale semble parcourir de bas en haut toute la hauteur de la vulve, jusqu'à ce qu'elle soit en quelque sorte cachée sous la commissure supérieure de cette ouverture; le sommet parcourt d'arrière en avant la paroi postérieure du bassin, depuis l'extrémité inférieure du sacrum et le grand ligament sacro-sciatique droit, jusqu'à la commissure antérieure du périnée, et l'on voit se dégager sur le bord antérieur de celui-ci la suture bi-pariétale, la grande fontanelle, les bosses coronales, le nez, la bouche et le menton; la tête a franchi les parties génitales. Là se termine la série des mouvemens que nous voulions étudier. Il nous importe toutefois de ne pas abandonner ce sujet sans faire remarquer que, bien que nous ayons exposé successivement les caractères de ces mouvemens divers, il y a pourtant à peine une succession réelle dans leur accomplissement.

Quand, en effet, la tête descend dans l'excavation pelvienne, elle se fléchit; pendant qu'elle se fléchit, elle se redresse; pendant qu'elle se redresse, elle exécute son mouvement de rotation; plus tard, pendant qu'elle se porte encore en avant, en distendant le périnée, elle subit le mouvement d'extension; et, pendant l'accomplissement de ce dernier, le mouvement de rotation se continue encore et se complète. On voit donc que la marche de la tête à travers le bassin est un phénomène très complexe, et résulte d'un mouvement très composé.

Lorsque la tête fœtale a franchi la vulve, elle conserve, en général, pendant quelques instans, la situation dans laquelle elle se trouvait en la franchissant. Si le dégagement a été direct, l'occiput est tourné en haut, la face en bas, le menton recouvrant presque l'anus. L'occiput est incliné, au contraire, vers l'aine gauche, et la face vers la partie postérieure de la cuisse droite, si le dégagement s'est fait dans cette direction oblique. Cependant, après quelques instans de calme, de nouvelles contractions se manifestent, et l'on voit l'occiput se diriger presque vers la partie interne de la cuisse gauche, et la face vers la même région de la cuisse opposée; mais ce mouvement ne saurait être considéré que comme la conséquence de celui qui est imprimé au tronc encore contenu dans l'excavation pelvienne et que nous allons actuellement étudier.

Dans la position occipito-latérale gauche, les épaules se présentent presque toujours au détroit abdominal dans la direction du diamètre oblique étendu de la cavité cotyloïde droite à la symphyse sacro-iliaque gauche; nous savons

toutefois que, si la tête est transversale, elles sont à peu près situées dans le sens du diamètre sacro-pubien, et que, si l'occiput est primitivement en arrière, elles occupent le diamètre oblique qui s'étend de la cavité cotyloïde gauche à la symphyse sacro-iliaque droite.

Quelle qu'ait été leur situation primitive, quand l'occiput est parvenu dans l'arcade des pubis, et que le mouvement de rotation a presque, ou même tout à fait placé la suture sagittale dans une direction antéro-postérieure, les épaules, obéissant à la même impulsion, sont devenues à peu près transversales, d'obliques ou directes qu'elles étaient précédemment; l'épaule droite occupe le côté droit et l'épaule gauche le côté gauche du bassin; la première, placée toutefois sur un plan un peu plus antérieur que l'autre. Lorsque la tête a franchi la vulve, le tronc exécute à son tour un mouvement de rotation en sens inverse de celui qu'a exécuté la tête; l'épaule droite, revenant en quelque sorte sur ses pas, se rapproche du sommet de l'arcade pubienne, et l'épaule gauche se dirige, par un mouvement opposé, dans la concavité du périnée, de manière pourtant que le diamètre qui va d'une épaule à l'autre conserve encore une légère obliquité. C'est ce mouvement imprimé au tronc dans la cavité pelvienne qui détermine celui que la tête exécute hors des parties génitales externes, et que nous rappelions tout à l'heure, mouvement désigné par presque tous les accoucheurs par le nom de *mouvement de restitution*, parce que, admettant que les épaules ne participent pas à la rotation de la tête, ils supposent qu'une fois sortie, elle doit reprendre ses rapports primitifs avec le tronc.

L'épaule droite, qui s'est placée en avant et en haut, se dégage ordinairement la première sous la branche ischio-pubienne droite, très près du sommet de l'arcade des pubis qu'elle couvre en partie, et l'autre se dégage ensuite, sur le bord antérieur et latéral gauche du périnée : nous avons vu quelquefois le contraire mais nous ne pensons pas que ce soit la règle.

Pendant que les épaules se dégagent ainsi, le tronc subit une inflexion sur sa région latérale droite, inflexion par laquelle il se prête à la courbure du canal dans lequel il est engagé. Si l'expulsion des autres parties est abandonnée encore aux contractions utérines, il arrive souvent que le tronc, décrivant une spirale très allongée, la région dorsale de l'enfant soit dirigée en bas et en arrière au moment où cette expulsion se complète.

2° *Position occipito-latérale droite.* Les détails dans lesquels nous sommes entrés relativement au mécanisme de l'accouchement naturel dans la position occipito-latérale gauche et surtout la régularité presque constante des lois qui président à l'expulsion du fœtus, nous dispensent d'insister sur le mécanisme de l'accouchement, dans la position occipito-latérale droite. Il y a une telle similarité de phénomènes dans ces deux conditions que nous tomberions inévitablement dans des répétitions inutiles et fatigantes. Il nous suffira de dire que si, par la pensée, on place à droite l'occiput et le dos qui étaient précédemment à gauche, et en avant le pariétal et le côté gauches qui étaient en arrière; la situation du fœtus à l'égard du bassin est, à cette transposition près, exactement la même. Remarquons toutefois que, dans la position occipito-latérale gauche, l'occiput était presque toujours dirigé obliquement vers la région latérale et antérieure; tandis que dans la position qui nous occupe actuellement, il est le plus souvent dirigé obliquement vers la région latérale et postérieure. Il résulte de cette différence que le mouvement de flexion est ordinairement plus prononcé quand la tête descend dans l'excavation et que le mouvement de rotation qui, dans ce cas, porte l'occiput de droite à gauche et d'arrière en avant, tandis que dans la position précédente il avait lieu de gauche à droite; ce mouvement est en général beaucoup plus étendu, la région occipitale du fœtus étant primitivement beaucoup plus éloignée de l'arcade des pubis; d'ailleurs, les mouvemens de progression, de redressement et d'extension, s'accomplissent de la même manière. Dans la position précédente, c'est l'épaule droite qui est venue se présenter et se dégager la première au sommet de l'arcade des pubis; dans la position actuelle c'est l'épaule gauche qui se présente et se dégage ainsi. Nous n'avons pas remarqué que la présence du rectum retardât dans cette position plus que dans l'autre le mouvement de rotation de la tête, et créât par conséquent des difficultés. Si, cependant, on en observe un peu plus souvent que dans la position latérale gauche, elles dépendent probablement de la situation plus fréquente de l'occiput en arrière et du trajet plus long qu'il doit parcourir pour arriver jusqu'à l'arcade pubienne.

Nous n'avons pas voulu interrompre la description des divers actes dont se compose le mécanisme de l'accouchement naturel dans les présentations du sommet, par l'exposé des détails de quelques uns de ces actes et des variétés nombreuses que chacun d'eux peut offrir dans son accomplissement; nous avons choisi parmi les nuances que ces phénomènes peuvent présenter, celles qui nous ont semblé les plus ordinaires et les plus propres à caractériser le modèle que nous nous proposions d'offrir à l'attention du lecteur; mais il nous importe à présent de remplir la lacune volontaire que nous avons laissée, et de donner à notre description un complément indispensable.

Nous avons dit que la tête fœtale se fléchit en descendant dans l'excavation du bassin, et que cette flexion est en général modérée. Cette proposition, vraie dans la plupart des cas, exige cependant quelque restriction. Il n'est pas rare, en effet, que le menton au lieu de se rapprocher de la poitrine s'en éloigne au contraire, que la tête se défléchisse par conséquent et que la fontanelle antérieure se rapproche par degrés du centre du bassin. Cette anomalie est ordinairement passagère, et dès que la tête, parvenue au fond de la cavité pelvienne, presse sur les muscles du périnée, l'occiput s'abaisse, le front se relève et la flexion s'opère. Nous avons toujours vu les efforts naturels suffire à cette rectification.

Dans quelques cas plus rares, et qui sont le contraire des précédens, soit que la flexion de la tête ait dépassé ses limites ordinaires, soit que le tronc du fœtus soit renversé sur sa région postérieure, la fontanelle occipitale occupe

le centre du bassin, et plus tard elle atteint la première le plancher de ce canal. Mais la résistance qu'elle y éprouve la ramène graduellement à sa situation régulière.

Parmi les divers mouvemens que nous avons étudiés, il n'en est aucun qui soit plus digne d'attention que celui qui conduit définitivement l'occiput dans l'arcade des pubis de quelque point du canal qu'il soit d'ailleurs parti, et qui ramène ainsi la région postérieure du fœtus vers le plan antérieur du bassin. Quand nous avons supposé des lignes, partant de tous les points de chaque moitié latérale du détroit abdominal, et convergeant les unes vers les autres pour se terminer sur la ligne moyenne du périnée au dessous de la commissure inférieure de la vulve, nous avons voulu donner une idée générale de l'étendue du trajet que l'occiput peut parcourir, mais non pas une indication rigoureuse de la direction dans laquelle il est parcouru. En effet, si chaque ligne que nous avons supposée représentait exactement un des trajets que l'occiput doit suivre, il faudrait que le mouvement de rotation commençât au moment où cette partie de la tête quitte le détroit abdominal; c'est bien, aussi, ce que l'on peut observer quelquefois, mais non pas, ce nous semble, dans la plupart des cas. Ordinairement, au contraire, la tête fœtale descend dans l'excavation en conservant ses rapports primitifs avec les diamètres du bassin, et l'occiput ne commence à se diriger vers la ligne moyenne du périnée ou de la vulve que quand il a presque atteint le fond de la cavité pelvienne, et souvent quand il repose et presse déjà sur cette partie. Il n'est même pas rare de voir l'occiput placé primitivement en arrière, conserver cette situation jusqu'à l'instant où la distension violente du périnée annonce l'expulsion prochaine de la tête, et celle-ci exécuter brusquement son mouvement de rotation, lorsqu'on avait pu presque renoncer à l'espérance de le voir se réaliser. Les lignes qui doivent représenter la direction réelle suivie par la tête fœtale quand elle roule sur son axe dans l'excavation pelvienne sont donc beaucoup plus rapprochées de la ligne horizontale que nous ne l'avions exprimé d'abord.

Une autre circonstance mérite encore une sérieuse attention. Pour faire bien comprendre l'étendue normale du mouvement de rotation, nous n'avons supposé l'entier accomplissement de ce phénomène que quand l'occiput, étant placé dans l'arcade des pubis, la suture sagittale, quelle qu'ait été d'ailleurs sa direction primitive, est devenue parallèle à la ligne médiane du périnée; il s'en faut de beaucoup, cependant, que cette dernière condition soit constamment remplie; il arrive souvent, par exemple, que la fontanelle occipitale dépasse à peine la branche ischio-pubienne, que la suture sagittale, par conséquent, croise obliquement encore la ligne vulvo-coccygienne, et que la tête franchisse les parties génitales externes dans cette direction oblique. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares il est vrai, la tête reste transversale et franchit dans cette situation le périnée et la vulve.

D'autres fois, enfin, et ces cas sont beaucoup plus communs que le dernier, l'occiput primitivement oblique en arrière conserve cette direction; poussé par des contractions utérines énergiques, il suit la paroi postérieure et latérale du bassin, la fontanelle occipitale parcourant le trajet d'une ligne qui, descendue de la symphyse sacro-iliaque gauche jusqu'au plancher de l'excavation pelvienne, se dirigerait sur celui-ci d'arrière en avant et franchirait l'arcade des pubis au tiers inférieur de la branche ischio-pubienne.

Dans cette variété du mécanisme de l'accouchement naturel, la tête fœtale ne saurait traverser le bassin qu'à la faveur d'un mouvement de flexion très prononcé sur la partie antérieure de la poitrine. L'occiput arrive donc à la partie inférieure de la vulve, la nuque s'applique bientôt après sur le bord antérieur du périnée, et la tête se renversant en bas et en arrière, l'on voit se dégager successivement au sommet de l'arcade pubienne la fontanelle antérieure, les bosses coronales, les yeux, le nez, la bouche et le menton. Quand la tête a franchi les parties génitales externes, l'occiput dirigé en bas et en arrière regarde la région postérieure et interne de l'une des cuisses de la mère, la face tournée en haut est dirigée vers l'aîne du côté opposé.

Bientôt après, sous l'influence de contractions nouvelles, l'épaule qui répond en avant se rapproche du sommet de l'arcade des pubis, tandis que celle qui est en arrière se dirige vers la face concave du périnée. La première paraît d'abord sous la branche ischio-pubienne gauche et presque au dessous de la symphyse des pubis, l'autre se dégage ensuite sur la commissure antérieure du périnée; le reste du tronc est expulsé sans difficulté. C'est dans ces cas que l'on a attribué à la tête un mouvement de rotation en sens inverse de celui que nous avons décrit, et qui dirigerait l'occiput dans la courbure du sacrum. Le professeur Naegèle a le premier contesté la réalité de ce mouvement de rotation et enseigné que dans les cas où la tête conserve accidentellement sa position occipito-postérieure, elle garde aussi sa direction oblique jusqu'au moment où elle franchit les parties génitales. Nos observations sont tout à fait d'accord avec celles de M. Naegèle; nous avons cependant remarqué dans plusieurs circonstances, qu'au moment où la tête va franchir les parties génitales externes, l'occiput se porte directement en arrière, et la tête se place ainsi dans les conditions que sollicite la forme verticalement allongée de la vulve.

On comprend sans peine les difficultés que cette anomalie, dans la marche de la tête fœtale, peut apporter à l'accouchement. Quand l'occiput est primitivement en rapport avec le plan antérieur du bassin, ou lorsque, primitivement en arrière, il est ramené en avant par le mouvement de rotation, et s'engage dans l'arcade des pubis, la tige flexible que le fœtus représente se trouve alors dans les conditions les plus favorables pour se prêter à la courbure du canal qu'elle doit parcourir. L'espace compris entre la fontanelle occipitale et la partie postérieure de l'articulation occipito-atloïdienne, espace fort court, est le plus long segment de cette tige qui soit inflexible; et remarquez que par sa situation sur le plan antérieur elle échappe

presque à la courbure du canal. Et, quant à la portion restante, depuis l'articulation occipito-atloïdienne jusqu'au sacrum, les articulations, par conséquent les moyens de flexibilité, s'y succèdent à des distances très rapprochées.

Lorsque l'occiput conserve au contraire ses rapports avec la paroi postérieure du bassin et la parcourt ainsi jusqu'à la vulve, tout l'espace compris entre la fontanelle postérieure et les premières vertèbres dorsales, c'est-à-dire toute la longueur du diamètre occipito-mentonnier, dont une partie couvre la région antérieure de la colonne cervicale, tout cet espace peut être considéré comme inflexible; il représente donc une tige droite, solide et volumineuse, engagée dans un canal courbe, et qui ne peut le traverser qu'en faisant contre les parois un effort qui tend à en modifier la forme et à le redresser. On doit concevoir que le périnée soit plus distendu et plus exposé à se rompre dans ce cas que dans les conditions précédentes, et que la résistance opposée par le canal ait plus souvent aussi une énergie supérieure à celle des contractions qui devraient la vaincre. C'est à ces raisons, bien plus qu'au défaut d'analogie entre la forme du front et celle de l'arcade pubienne, ou même à la longueur du trajet que doit parcourir l'occiput, qu'il faut attribuer les difficultés du travail dans les positions occipito-postérieures, lorsque le mouvement des rotations ne s'est pas exécuté.

Il s'en faut de beaucoup cependant que l'expulsion naturelle du fœtus ne soit possible alors, comme l'a prétendu M. Capuron, que quand l'enfant est moins volumineux ou le bassin plus grand que dans l'état normal. Aux preuves que la science possède déjà, nous pouvons ajouter les suivantes. M. Villeneuve, professeur d'accouchement à l'hospice de la Maternité de Marseille, a vu sur 648 accouchemens 15 enfans naître en position occipito-postérieure, dans 3 de ces cas seulement il eut recours à l'application du forceps, encore pense-t-il que chez deux des sujets de ces dernières observations, la mauvaise conformation du bassin fut la cause réelle des difficultés. Dans les cas où l'accouchement s'est terminé spontanément, les bassins et les fœtus mesurés avec soin n'ont nullement présenté les conditions que M. Capuron croit nécessaires.

Sur les 2,020 accouchemens qui nous ont servi de termes de comparaison, on a vu que nous avions reconnu 503 positions occipito-postérieures au début du travail; sur ce nombre, 39 fois l'occiput s'est maintenu jusqu'à son expulsion dans ses rapports primitifs; 7 fois sur ces 39 cas, nous avons jugé l'application du forceps nécessaire; dans les 42 autres, l'accouchement s'est terminé spontanément. Parmi les 32 enfans qui sont nés dans ces conditions, 2 étaient jumeaux, et 3 n'étaient pas parvenus au terme de leur développement. Les autres, ainsi que le bassin de leurs mères offraient des dimensions normales. — Nous ajouterons quelques mots encore à l'exposé de ce mécanisme; c'est par un mouvement de flexion forcée que la tête fœtale parvient à franchir le détroit inférieur, le périnée et la vulve; il n'est pourtant pas rare dans ces cas que la tête se défléchisse en partie quand elle descend dans l'excavation pelvienne et que le front se place au sommet de l'arcade des pubis une des bosses coronales répondant au vide de cette arcade et de la vulve. On voit ces rapports persister quelquefois jusqu'au moment où la tête franchit les parties génitales externes; mais, en général, à mesure que l'occiput se rapproche de la commissure antérieure du périnée, le front remonte et disparaît derrière le corps des pubis; la fontanelle antérieure elle-même que l'on sentait très facilement à la partie supérieure de la vulve, remonte par degrés et disparaît également.

Nous venons de faire voir comment il arrive parfois que le mouvement de rotation est nul, ou seulement incomplet, disons quelques mots d'une anomalie qui est précisément l'inverse de celle-là: elle consiste en ce que le mouvement de rotation dépasse ses limites ordinaires, et transporte la fontanelle occipitale d'un côté à l'autre de l'excavation pelvienne, convertissant ainsi une position occipito-latérale droite ou gauche en celle du côté opposé.

Les premières fois que ce phénomène s'offrit à notre observation, nous crûmes avoir commis une erreur de diagnostic; mais depuis nous avons pu nous convaincre assez souvent de sa réalité. Une tumeur développée sur la région postérieure des deux pariétaux successivement, et dont les traces restaient évidemment après la naissance, n'ont pu, dans plusieurs circonstances, nous permettre de douter qu'ils ne se fussent l'un et l'autre présentés et arrêtés quelque temps au vide de l'arcade des pubis.

Nous terminerons ce que nous avions à dire du mouvement de rotation de la tête par quelques mots encore. On a beaucoup recherché la cause de ce phénomène, et presque tous les accoucheurs français en attribuent la production à l'influence de ce qu'ils ont appelé les plans inclinés antérieurs et postérieurs du bassin, les premiers devant conduire dans l'arcade des pubis, et les seconds dans la courbure du sacrum celle des deux extrémités de la tête qui se trouve en rapport avec leur surface. Desormeaux a déja fait remarquer que cette rotation s'accomplit souvent lorsque la tête est descendue au dessous des plans inclinés; si l'on ajoute à cette première et solide objection que dans les positions occipito-postérieures, l'occiput en rapport avec l'un des plans inclinés postérieurs, et le front avec l'un des plans inclinés antérieurs loin de se rendre, le premier dans la courbure du sacrum, le second dans l'arcade des pubis, suivent en général une direction précisément inverse, puisque l'occiput se porte en avant et le front en arrière; et que, dans les cas rares où la tête n'obéit pas à cette impulsion naturelle, les plans inclinés ne lui impriment même pas alors la direction qu'on a supposée, puisque la tête conserve sa direction oblique jusqu'au moment presque de son expulsion. Il est évident que la cause du mouvement de rotation doit être recherchée ailleurs que dans la direction des plans inclinés du bassin. Cette cause réside évidemment dans la combinaison d'un assez grand nombre d'élémens, savoir: d'une part le volume, la forme et la mobilité des parties qui sont expulsées, et d'autre part la capacité, la forme et la résistance du canal

qui est parcouru. Et telle est l'influence de cette combinaison que les parties du fœtus se placent dans les conditions les plus favorables à leur passage. Une vive résistance leur est-elle opposée en un point, elles s'y soustraient et cherchent un lieu où il y ait plus de place et de liberté; la mobilité des parties qui traversent, l'extrême lubrification de celles qui sont parcourues, rend tout cela très simple et très intelligible. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait remarqué que dans les bassins dont le diamètre sacro-pubien est raccourci, la tête du fœtus, si elle était oblique au commencement du travail, se place constamment ensuite dans une direction transversale, c'est-à-dire dans celle dans laquelle elle offre au diamètre vicié les moindres dimensions possibles. Eh bien! ce fait n'est autre chose qu'une conséquence très simple des mêmes causes dont le mouvement de rotation, quand il est très étendu, est une conséquence plus compliquée.

Si l'on pouvait conserver quelques doutes sur l'influence des causes dont nous venons de parler, les expériences suivantes les dissiperaient complétement. A l'époque où nous nous occupions de ce point particulier du mécanisme de l'accouchement naturel, une femme succomba à l'hospice de la Maternité presque aussitôt après être accouchée; la parturition avait été compliquée d'hémorrhagie; l'enfant était mort avant de naître, il n'était pas tout à fait parvenu au terme ordinaire de son développement. Nous profitâmes de cette occasion malheureuse pour tenter de produire artificiellement quelques uns des phénomènes de l'accouchement naturel, et surtout le mouvement de rotation. L'utérus, resté volumineux et flasque, fut largement ouvert jusqu'auprès de l'orifice, et convenablement maintenu par des aides au dessus du détroit supérieur; le fœtus même dont cette femme était accouchée, fut placé à l'orifice utérin très béant et très mol, dans une présentation du sommet de la tête et dans les conditions de la quatrième position de Baudelocque, troisième de M. Capuron (fronto-cotyloïdienne gauche). L'occiput répondait par conséquent au devant de la symphyse sacro-iliaque droite; plusieurs élèves sage-femmes, comprimant et poussant le fœtus de haut en bas le firent pénétrer sans peine dans l'excavation du bassin: il fallut beaucoup plus d'efforts pour que la tête parcourût le périnée et franchît la vulve; mais ce ne fut pas sans surprise que nous vîmes pendant trois essais successifs, que quand la tête traversait les voies génitales externes, l'occiput était revenu en avant et à droite, et que la face s'était portée en arrière et à gauche; qu'en un mot le mouvement de rotation s'était opéré comme dans l'accouchement naturel. Nous répétâmes une quatrième fois la même expérience, mais cette fois la tête franchit la vulve sans que ses rapports eussent changé, l'occiput était resté en arrière et la face en avant; d'autres essais eurent encore le même résultat. Nous prîmes alors un fœtus né mort de la veille, mais beaucoup plus volumineux que le précédent, nous le plaçâmes dans les mêmes conditions que le premier, et deux fois de suite la tête franchit la vulve après avoir exécuté le mouvement de rotation. Au troisième essai et aux suivans elle se dégagea sans qu'il eût été exécuté; ainsi le mouvement de rotation n'a cessé d'avoir lieu que quand le périnée et la vulve ont perdu la résistance qui le rendait nécessaire, ou qui du moins en provoquait l'accomplissement. Ces expériences ont cela de curieux qu'elles sont tout à fait d'accord avec les phénomènes observés sur la nature vivante. On voit, en effet, le mouvement de rotation se prononcer d'autant plus que les voies génitales sont plus résistantes et d'autant moins, au contraire, que leur résistance est moindre. Ainsi la rotation est presque toujours complète chez les primipares, très souvent incomplète chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, souvent nulle, enfin, dans les accouchemens de jumeaux, pour le second enfant, surtout lorsqu'il est plus petit que le premier, et qu'il naît presque immédiatement après lui.

Lorsque nous avons parlé des mouvemens qui sont imprimés au tronc du fœtus pendant le travail, on a pu voir que ces mouvemens résultaient de deux impulsions différentes. Par l'une le tronc suit les mouvemens qu'exécute la tête, phénomène méconnu par tous les accoucheurs, et signalé avec beaucoup de raison par M. Gerdy; par l'autre le tronc, après l'expulsion de la tête, subit comme elle dans ses relations avec le bassin les changemens qui doivent rendre son passage plus facile. Il est sous ce double rapport quelques anomalies remarquables. Par l'effet de causes que nous ne saurions expliquer, il arrive quelquefois que le tronc ne suit pas les mouvemens imprimés à la tête, et que l'occiput se dirigeant en avant dans une position fronto-cotyloïdienne, les épaules conservent la situation qu'elles ont eue au commencement du travail. Un fait de ce genre s'est offert à notre observation dans le cours de l'été dernier; un autre s'était présenté quelque temps avant à madame Legrand, sage-femme en chef à l'hospice de la Maternité. Dans les deux cas l'application du forceps fut nécessaire; cette opération fut faite dans le premier, en notre présence même, par une aide sage-femme aussi adroite qu'instruite (1). La tête ne put être dégagée que dans une direction oblique, mais nous ne saurions dire quel fut notre saisissement quand nous vîmes, au moment où le tronc, cédant à quelques efforts, se présenta à la vulve, que l'occiput était presque en rapport avec la région sternale et la face avec la région dorsale du fœtus. Celui-ci, né faible, fut promptement ranimé, et il avait le lendemain de sa naissance les mêmes apparences de viabilité, de santé et de force que s'il était né dans des conditions très ordinaires. Il succomba pourtant le huitième jour, mais à une affection éruptive qui régnait épidémiquement dans les salles de l'hospice. Nous l'examinâmes avec une attention scrupuleuse et nous ne trouvâmes dans les parties qui avaient subi cette torsion inaccoutumée aucune trace de lésions. Les articulations de la tête avec la colonne vertébrale, celles des vertèbres cervicales entre elles et la moelle épinière dans cette région, nous offrirent tous les caractères de l'état normal. Dans le second cas,

(1) Mademoiselle Desmoulins, aujourd'hui maîtresse sage-femme à Périgueux.

l'enfant succomba à la longueur et aux difficultés du travail, ainsi qu'à des lésions graves auxquelles le fœtus précédent n'avait échappé que grâces sans doute à une extensibilité extraordinaire des parties ; mais ce dernier fait se rattachant aux présentations de la face, nous en parlerons dans un autre article.

Le mouvement de rotation que les épaules exécutent après la sortie du tronc peut offrir aussi deux anomalies opposées. Tantôt il ne s'accomplit pas et les épaules devenues transversales se présentent dans cette direction au détroit inférieur qu'elles franchissent ordinairement, quand elles offrent peu de volume, mais dans le contour duquel il leur arrive quelquefois de s'arrêter ; tantôt, au contraire, le même mouvement qui a rendu les épaules transversales avant la sortie de la tête se continue dans le même sens après l'expulsion de celle-ci, de telle sorte que l'épaule qui était primitivement antérieure, la droite dans la position occipito-latérale gauche, la gauche dans la position occipito-latérale droite, au lieu de rétrograder vers l'arcade des pubis, comme cela arrive en général, cette épaule se porte en arrière. Dans ce cas, c'est l'épaule primitivement postérieure qui vient occuper le sommet de l'arcade pubienne et se dégage la première. Des faits de ce genre ont été notés par presque tous les accoucheurs.

Il nous semble que de tout ce qui précède on peut conclure :

1° Que, dans les positions occipito-latérales gauches, l'occiput est presque toujours dirigé obliquement en avant, et que, dans les positions occipito-latérales droites, il est plus souvent dirigé obliquement en arrière ;

2° Que la tête est presque toujours inclinée au commencement du travail, sur celle de ses régions latérales qui est la plus antérieure, de manière que l'un des pariétaux est plus bas que l'autre, et que cette inclinaison se corrige à mesure que la tête pénètre dans l'excavation pelvienne ;

3° Qu'en descendant dans le petit bassin, la tête du fœtus exécute en général un mouvement de flexion, mais que ce phénomène est loin d'être constant et régulier, et que les anomalies qu'il offre n'influent pas ordinairement sur la durée ou la difficulté du travail ;

4° Que ce ne sont pas les diamètres perpendiculaire et bipariétal, mais bien un diamètre très voisin de l'occipito-frontal et un diamètre transverse, plus petit que le bipariétal qui se trouvent en rapport avec ceux du détroit supérieur quand la tête le franchit ;

5° Que la tête fœtale exécute dans le bassin un mouvement de rotation qui conduit ordinairement l'occiput dans l'arcade des pubis ; que ce mouvement s'accomplit uniformément dans le même sens, soit que l'occiput ait été primitivement dirigé en avant ou qu'il l'ait été en arrière ; que seulement il est peu étendu dans le premier cas, et qu'il l'est beaucoup au contraire dans le second ; que ce mouvement, toutefois, peut être et est souvent incomplet, qu'il peut être exagéré, qu'il peut être nul, que les deux premiers cas n'ont pas une influence marquée sur la durée du travail, mais que l'absence de ce mouvement, quand l'occiput est dirigé en arrière, peut rendre l'accouchement plus long et plus pénible sans l'empêcher, en général, de se terminer spontanément. Qu'ainsi, le mouvement de rotation ramenant à l'arcade des pubis l'occiput primitivement en arrière, mouvement que Solayres, Baudelocque, et leurs successeurs, ont considéré comme une exception ; doit être regardé comme la règle, que le maintien de l'occiput en arrière, dans ces cas, et à plus forte raison le mouvement de rotation qui le porterait dans la courbure du sacrum, circonstances regardées par eux comme constituant la règle, doivent être considérées, au contraire, comme de très rares exceptions ; que les plans inclinés n'exercent aucune influence sur la production de ce phénomène, que ses véritables causes sont, d'une part, la forme et la mobilité de la tête, d'une autre part, la forme et la résistance du canal parcouru ;

6° Que la tête s'engage dans le détroit périnéal suivant la direction de l'un des diamètres obliques de ce détroit ; mais que, comme le mouvement de rotation s'exécute pendant qu'elle le traverse, on peut dire qu'elle parcourt en partie cette ouverture suivant la direction des diamètres obliques, mais que, quand elle achève de le franchir, elle s'est à peu près placée dans la direction des diamètres antéro-postérieur et transverse ;

7° Que la tête, après avoir franchi les parties génitales externes, conserve ordinairement la situation dans laquelle elle se trouvait en les franchissant, et que les mouvemens qu'elle exécute ensuite, et qui la rendent d'abord oblique, puis souvent transversale, mouvemens appelés de restitution par presque tous les accoucheurs, ne sont pas, comme ils le pensaient, l'indice d'un retour de la tête à ses rapports antérieurs, mais bien une conséquence de ceux qui sont imprimés au tronc dans l'excavation pelvienne ;

8° Que le tronc du fœtus, contrairement à l'opinion de Solayres, de Baudelocque et de presque tous les accoucheurs, suit, sinon complétement, du moins en grande partie, les mouvemens imprimés à la tête dans la cavité du bassin, et que les épaules, devenues à peu près transversales quand la tête a complété son mouvement de rotation, exécutent elles-mêmes, après l'expulsion de celle-ci, un mouvement de rotation qui les place dans une direction très rapprochée de celle du diamètre antéro-postérieur du détroit périnéal, et plus tard, du diamètre vertical de la vulve, et que celle des épaules, qui se place au sommet de l'arcade des pubis, est aussi celle qui se dégage la première.

Nous ne pouvons nous empêcher de répéter encore que toutes ces propositions ne sont pas nouvelles, car elles se trouvent éparses dans de nombreuses publications (1), mais elles n'ont

(1) *Naegèle*. Sur le mécanisme de la parturition, *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, tom. 9, pag. 32 et 116. Année 1821.

Stoltz. Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchemens. *Thèses de Strasbourg*, 1826.

Kilian die Geburt des Kindeskopfes Bonn. 1830.

pas encore acquis parmi nous le caractère de vérités évidentes, loin de là, elles sont contestées, et dans les traités de l'art des accouchemens le plus récemment publiés parmi nous, on peut dire qu'un grand nombre ont été ou méconnues ou exprimées avec beaucoup trop de réserve; nous avons donc pensé que c'était rendre service à la science, et par conséquent à l'art obstétrical, que de les produire encore en leur donnant pour sauvegarde l'autorité qu'on ne saurait refuser à un témoignage qui s'appuie sur des observations nombreuses, persévérantes et attentives.

Extrait dans le Bulletin des Sciences médicales, t. 25, p. 85.

Gerdy. Remarques sur l'accouchement par le vertex. *Archives générales de médecine*. Mars 1832.

Busch. Traité de l'art des accouchemens, in-8°. Berlin, 1833. Allemand.

Bazin de Basseneville. Archives générales de médecine, décembre 1833. *Extrait du Traité d'accouchement du professeur Naegèle*.

F. L. Meisner. Recherches sur les progrès de l'art des accouchemens, etc., pendant le 19e siècle, de 1801 à 1832, in-8°. *Leipzig*, 1826 et 1833. Allemand.

PAUL DUBOIS, *professeur à l'hospice de la Maternité, et à la Faculté de médecine de Paris.*

(La suite à un prochain numéro.)

II. CURE RADICALE DES HERNIES CHEZ LES PETITS ENFANS.

Il n'est pas, je pense, de praticien qui ne sache tout ce qu'on éprouve de difficultés à contenir les hernies des petits enfans, et surtout, les exomphales si communes chez eux. La mobilité extrême propre à cet âge, la mollesse des tissus, les exonérations si fréquentes, etc., tout concourt à rendre cette tâche laborieuse.

Quelques vieilles recettes pharmaceutiques composées de substances astringentes; un bandage de futaine ou de toute autre étoffe; un brayer à ressort, enfin, voilà nos richesses thérapeutiques contre une pareille infirmité.

La première difficulté qui se présente, c'est de trouver un brayer de forme appropriée; et cet obstacle est immense, en province surtout.

Après cela vient l'intolérance des tissus encore gélatineux de l'enfant. Bientôt l'ulcération, et les douleurs qui en sont la suite, forcent à ôter le bandage à ressort: il est d'ailleurs presque impossible d'empêcher l'appareil de se déranger.

C'est bien pis encore si l'on a recours au bandage de simple étoffe, surtout contre les hernies de l'ombilic... Quelque bien faite que soit la ceinture contentive, elle se plisse, se roule en corde, monte, descend, etc. Y mettez-vous des sous-cuisses et des bretelles? Elles se durcissent, elles excorient; force est de les quitter.

J'abrége: ce n'est là qu'une partie du mal que l'on peut avoir. On guérit cependant quelquefois, par ces moyens; moi, je dirai *malgré ces moyens*. Fort heureusement la nature est là: ΨΩΣΩΝ ΦΥΣΙΕΣ ΙΗΤΡΟΙ (1)!

M'apporte-t-on un enfant avec une tumeur qui siége au niveau de l'ombilic, tumeur qui, soit dit en passant, est des plus communes, grâce à la négligence avec laquelle on assujettit souvent la petite bande ventrale des nouveau-nés? Je fais rentrer la partie herniée, je la soutiens avec un ou deux doigts, puis, j'applique dessus une pièce carrée de sparadrap de diachylon, plus large que la grosseur. Sur cette plaque, je pose une petite compresse épaisse que je fixe avec une longue bandelette du même emplâtre agglutinatif dont le milieu est mis d'abord sur les pièces précédentes, et dont les chefs, passés deux ou trois fois autour du corps, reviennent encore contenir la hernie.

Il faut avoir soin que cette lanière ne soit pas trop étroite ou trop large, et qu'elle n'étreigne le ventre que modérément. On peut, pour plus de solidité, recouvrir tout cela d'un mouchoir en ceinture: mais, le plus ordinairement, ce surcroît de soin est inutile. Cet appareil reste en place plus ou moins de temps; je l'ai vu tenir six semaines. Quelquefois, une seule application suffit pour obtenir la guérison; le plus souvent on est obligé de la renouveler une, deux, rarement trois fois. Il est incroyable combien ce bandage est sûr! Je puis affirmer ne l'avoir jamais vu manquer son effet depuis quatre ans que je m'en sers. Il adhère extrêmement; il suit la plupart des mouvemens de la portion du tronc où il est collé, sans jamais permettre aux organes voisins d'en ressortir. Il est bon de le renouveler si l'accroissement du sujet rend l'étreinte trop forte. Cependant, celle-ci n'est jamais telle que ce renouvellement soit forcé: je dis ceci à dessein pour prévenir une objection possible. C'est encore pour en détruire une autre d'avance, que je me hâte de dire que l'emplâtre n'a jamais causé d'érythème, de pustules, etc. Quand on le lève, la peau sous-jacente est rose, il est vrai; mais ce n'est point là de l'inflammation. Cette enveloppe est devenue en quelque sorte muqueuse, comme cela arrive là où elle se trouve en contact avec elle-même, et à l'abri de l'air, au fond des plis qu'elle offre aux cuisses des enfans, par exemple. Ce n'est donc pas même là la rougeur de l'intertrigo. D'ailleurs il est si aisé de s'apercevoir que ces petits êtres ne souffrent pas!

Ce que je viens de dire du bandage ombilical s'applique aux descentes qui se font par d'autres points de la cavité abdominale, et surtout à celles du pli de l'aîne, sauf les modifications qu'exige la disposition des parties. Ainsi, c'est toujours une plaque d'emplâtre, d'abord; puis la petite compresse épaisse, servant de pelote; enfin le long ruban de sparadrap. Soit une hernie inguinale: les deux premières pièces posées sur l'anneau (je dis seulement *l'anneau*, car, à cet âge, le trajet ou canal inguinal existe à peine), je place le bout de ma lanière à la partie inférieure et interne du pli de l'aîne, je la ramène obliquement en haut en dehors; elle contourne le bassin en arrière, revient en avant sur la tumeur où elle se croise avec elle-même pour descendre en dehors, contourner la cuisse, et revenir une ou plusieurs fois au point de départ. C'est donc un spica de l'aîne, en résultat.

Même chose, à peu près, pour les hernies crurales. Chez une petite fille de dix-huit mois, j'en ai guéri, en quinze jours, une de cette es-

(1) Hippoc. de Aliment. 9 et 21, et epid. 6.

pèce, et qui descendait jusqu'au milieu de la cuisse gauche.

Tel est le moyen bien simple, mais jusqu'à présent constamment efficace, qui m'a permis de triompher d'une infirmité dont on est souvent forcé d'ajourner la cure à un âge plus avancé et qui offre moins de chances d'une prompte réussite.

PROSPER MEYNIER, D. M. P., *à Ornans.*

III. EFFICACITÉ DU CAMPHRE EN VAPEUR DANS LE RHUMATISME AMBULANT.

Au mois de mars 1833, Jean Lanoë, garçon laboureur, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sec et nerveux, sujet à un rhumatisme ambulant, peu douloureux, contre lequel il n'avait jamais dirigé de moyens rationnels, fut pris, à la suite d'une suppression de transpiration, d'un rhumatisme musculaire aigu très intense, qui ne céda qu'imparfaitement à l'emploi du traitement antiphlogistique; des douleurs qui devenaient plus vives par les mouvemens, continuèrent long-temps à se faire sentir alternativement dans les cuisses et dans la masse musculaire des lombes. Combattues successivement par les évacuations sanguines, générales et locales, les applications émollientes, les frictions, les vésicatoires volans, etc., elles cédaient sur un point pour reparaître à l'instant sur l'autre.

Le défaut de succès de ces moyens me fit avoir recours au camphre en vapeur, conseillé par M. Dupasquier (*Revue médicale*, juin 1826).

N'ayant pas à ma disposition d'appareil par encaissement, j'y suppléai de la manière suivante :

Je fis asseoir le malade sur un tabouret dont le siége était à jour, sous lequel était disposé un petit réchaud, recouvert d'une plaque en fer; je fis envelopper le malade jusqu'au cou, dans une ample couverture de laine, traînant à terre de tous côtés; puis, de cinq minutes en cinq minutes, je projetai sur la plaque métallique, échauffée, une demi-cuillerée à café de camphre en poudre, que la chaleur faisait à l'instant volatiliser. J'en employai ainsi une demi-once. Il résulta du contact du camphre en vapeur avec la peau une transpiration abondante que j'entretins long-temps en faisant coucher le malade dans un lit chaud, enveloppé immédiatement dans la couverture de laine, imprégnée de vapeur, et en lui faisant prendre quelques tasses de boissons sudorifiques.

L'effet de la première fumigation fut peu marqué; j'en fis prendre une par jour, pendant cinq jours consécutifs, et elles produisirent constamment des sueurs copieuses, desquelles résulta un mieux progressif, tel que dès la quatrième les mouvemens étaient tout à fait libres et sans douleur.

Une assez grande faiblesse fut la suite de cette médication, mais elle ne tarda pas à disparaître, et Lanoë n'a plus ressenti, depuis cette époque, son affection rhumatismale quoiqu'il s'expose journellement à des variations de température.

Ce fait, s'il était isolé, pourrait paraître peu important, mais, réuni à ceux cités par M. le docteur Dupasquier, il est propre à éveiller l'attention des praticiens sur l'efficacité du camphre en vapeur dans les affections rhumatismales. HOUEIX, *médecin à Ploërmel.*

IV. OPÉRATION CÉSARIENNE, EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT.

Apollonie-Henriette Brun, âgée de dix-neuf ans, épouse d'Amable Berger, entre le 7 avril 1834 à l'Hôtel-Dieu, où elle est placée au n° 97 de la salle des femmes fiévreuses. Elle est au huitième mois d'une seconde grossesse et présente tous les symptômes d'une gastro-entérite des plus intenses; la peau est brûlante, la fièvre vive, l'épigastre douloureux, la langue rouge et sèche; les gencives et les dents sont couvertes de fuliginosités. Quelques symptômes cérébraux se joignent à cet état inflammatoire des voies digestives. Un traitement convenable est administré, cependant le mal empire, et l'on craint une mort prochaine. En effet, le 9, à six heures du matin, la malade est à l'agonie.

Appelé auprès d'elle, M. le docteur de Garam, premier chef interne, s'assure par l'auscultation que l'enfant qu'elle porte est plein de vie, et conçoit dès lors l'espoir de le sauver par l'opération césarienne, attendant, pour la pratiquer, l'instant où la mère aura cessé de vivre. L'exploration du col utérin indique qu'il n'existe aucun commencement de travail : une heure après la malade expire.

M. de Garam, qui avait tout disposé pour l'opération, incise aussitôt les parois abdominales depuis l'ombilic jusqu'au pubis, arrive sur la matrice qui est fortement inclinée à droite, la ramène sur la ligne médiane, divise sa paroi antérieure dans l'étendue de cinq pouces, jusque sur la poche des eaux, et ouvre largement celle-ci à l'aide d'un bistouri boutonné. Le dos de l'enfant qui offre la première position du vertex se présente immédiatement : sans perdre un temps précieux, un retard de quelques secondes pouvant compromettre le succès de l'opération, le médecin plonge aussitôt la main dans la matrice, et, avec le secours d'un aide, il le ramène promptement, malgré l'obstacle que lui présente le resserrement de cet organe.

Le fœtus, du sexe masculin, paraît au premier abord presque privé de vie; il offre un état complet d'asphyxie : la face est violette, la dilatation du thorax nulle. On laisse couler le cordon. Cette hémorrhagie salutaire, jointe à quelques frictions sur la région thoracique antérieure, détermine chez lui quelques mouvemens respiratoires; un bain tiède est ensuite administré; l'enfant, alors pleinement rappelé à la vie, pousse quelques vagissemens au milieu des soins qui lui sont prodigués et avale parfaitement les liquides qu'on lui donne. Il est, dès lors confié aux soins d'une nourrice, mais il meurt après trente heures d'existence.

GUSTAVE VIGNOLO, *chirurgien interne à l'hôpital de Marseille.*

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

I. HISTOIRE MÉDICALE ET STATISTIQUE DES OUVRIERS MINEURS DE LA HOUILLÈRE DE DECISE (NIÈVRE) PAR M. LE DOCTEUR VALAT DE MONTPELLIER.

Nos lecteurs ne doivent pas avoir oublié que, l'année dernière, nous rendîmes compte d'un travail de M. le docteur Valat, concernant un service rural de santé à fonder en France, etc. Revenu depuis peu de jours à Paris, cet honorable confrère vient de nous apporter une histoire médicale et statistique des ouvriers mineurs de la houillère de Decise. Cette fois, ce n'est pas à l'Académie des sciences morales et politiques que l'auteur a lu son travail, mais bien à l'Académie des sciences physiques et mathématiques, où la lecture de deux fragmens qu'il a faite a été écoutée avec attention et intérêt.

Cette œuvre, dont nous avons pu prendre connaissance dans son entier, est, à notre jugement, aussi intéressante par elle-même que par la manière dont l'auteur a su traiter son sujet. Sous le premier point de vue, nous dirons que la matière est neuve, car nous ne connaissons pas de travaux sur ce genre de recherches. Ramazzini a bien, il est vrai, dans son *Essai sur les maladies des artisans* consacré une trentaine de pages tout au plus aux maladies des mineurs; mais il n'est pas question, dans ce chapitre, des ouvriers mineurs particulièrement employés aux houillères : ce qui peut tenir (pour le dire en passant) à ce que ce genre d'exploitation n'avait pas pris, à cette époque, le développement que nous lui voyons aujourd'hui, autant en France qu'à l'étranger. Ramazzini n'a donc dit sur les mineurs que de vagues généralités : au contraire, l'ouvrage que nous annonçons est une monographie médicale, complète, en vue d'un genre de profession.

Quant à la manière dont M. Valat a traité son sujet, voici ses divisions les plus générales. — Introduction d'abord.

En second lieu suivent un préambule et des considérations préliminaires, après lesquelles l'auteur divise son volumineux Mémoire en trois parties.

La première a pour titre : Circonstances physiques ou de travail, au milieu desquelles sont placés les ouvriers mineurs. Là se trouvent de nombreuses et curieuses considérations relatives aux objets suivans : Topographie de la houillère ; son climat; ses eaux ; travaux extérieurs et travaux intérieurs ; éboulemens; climat de l'intérieur de la mine, son état thermométrique, hygrométique, eudiométrique, mauvais air (ou gaz acide carbonique), feu grisou (ou gaz hydrogène percarbonné) ; embrâsement de la mine; fossiles que l'on trouve dans les travaux souterrains ; retour des ouvriers mineurs du fond de la mine ; nouveaux travaux qu'ils s'imposent, etc., etc. On voit par là que cette première partie est la physique de la houillère.

La deuxième partie est intitulée : Influence du milieu de la mine sur les corps organisés. L'auteur commence par montrer cette influence sur quelques végétaux, sur les bois de soutenement particulièrement, lesquels offrent, pendant quelque temps, des pousses dont la direction est toujours ascendante, n'importe la pose sens-dessus-dessous ou en travers de ce bois. Ces tronçons de perches de chêne ou de charme sont quelquefois phosphorescens, de même que les *byssus*, les *rhinomorphes* que l'on trouve aussi dans la mine.

Ensuite, l'auteur expose l'influence du milieu de la mine sur quelques animaux, et d'abord sur les poissons, qui, dans les étangs voisins, en reçoivent les eaux : il est notoire que ces poissons ne profitent plus; ils continuent à vivre, il est vrai, mais dans un état d'atrophie. — Un autre chef de considération non moins curieux est relatif à l'influence du milieu de la mine sur les chevaux employés dans les travaux souterrains. Leur santé y est parfaite; et comme ils sont constamment dans une température de 15 à 18° + 0 (th. R.), ils ne font pas de poil d'hiver.

Voici enfin la partie la plus importante de tout ce travail : c'est l'influence du milieu de la mine sur l'homme, dans les deux ordres des fonctions et des maladies. — Sous le point de vue physiologique, l'auteur a eu une idée qu'il regarde comme fondamentale; il a considéré l'ouvrier mineur comme un appareil vivant dans lequel il y a deux sortes de fonctions; les unes de composition, les autres de décomposition.

Les premières sont la digestion, la respiration, la circulation du sang, etc. Les secondes sont, au contraire, les sécrétions, la transpiration cutanée, la locomotion et *dynamotion*, la reproduction de l'espèce, etc. Or, M. Valat a cru voir que le balancement qui a lieu entre ces deux ordres de fonctions antagonistes penche hâtivement, chez ses mineurs, du côté des fonctions de décomposition. Les conséquences physiologiques de ce fait primordial sont la brièveté de la vie chez cette classe d'ouvriers, leur aspect anémique ou de débilité : par contre, cette disposition prévient aussi très souvent les maladies et complications inflammatoires ou nerveuses.

Après l'ordre physiologique, vient l'ordre pathologique. L'auteur fait d'abord ici de la pathologie générale ; voici les différens chefs de ses considérations :

Grand nombre de malades parmi nos mineurs.

Ouvriers mineurs plus souvent malades que leurs femmes et leurs enfans.

Cinq sortes de causes spéciales de maladies dans le métier des mineurs. Ces causes sont : 1° Les causes si nombreuses de blessures ; 2° les températures diverses des travaux souterrains ; 3° leur humidité ; 4° le manque d'un air pur et abondant ; 5° l'*excession* de l'ouvrier mineur par les fatigues de son genre de travail.

Nature et traitement des maladies des mineurs.

Pathologie spéciale. — M. Valat établit ici deux séries : l'une de maladies externes, l'autre de maladies internes. Voici les différens chefs de considérations qui nous ont paru les plus remarquables :

1re *série.* — Plaies en général ; plaies par coups de poudre ; l'inflammation les complique rarement ; leur tendance, au contraire, à l'atonie, à se convertir en ulcères..... Engorgemens ou fongus articulaires, sans tuberculisation. *Absence absolue des maladies tuberculeuses externes.*

2e *série.* — Fièvres : inflammatoire, très rare ; adynamique, typhoïde, intermittente, très communes au contraire. Phlegmasies..... Dartres et gale, jamais chez les mineurs : serait-ce parce qu'ils se trouvent dans un milieu pyriteux, sulphureux ? c'est probable..... Rhumatisme, la plus commune des maladies du mineur. Goutte, la plus rare au contraire..... Monomanie : jamais de suicide parmi les mineurs ; et pourtant, matériellement parlant, ils sont les plus malheureux des hommes..... Scorbut, jamais. Scrophules, étrangères à cette localité. *Phthisie pulmonaire pas un seul cas.....* Hydropisies, très communes.....

Enfin la troisième et dernière partie de cet ouvrage a trait à l'institution d'une caisse de secours parmi les ouvriers mineurs de la houillère de Decise.

Nous terminerons ici cette analyse, parce qu'elle est déjà assez longue comme elle est, bien que pourtant elle soit certainement très insuffisante. Aussi nous désirons vivement que l'histoire médicale et statistique des ouvriers mineurs de la houillère de Decise soit livrée à l'impression, afin qu'elle puisse être connue et appréciée généralement et autant qu'il nous paraît qu'elle mérite de l'être.

A. T.

II. ÉTUDES SUR LES CAUSES, LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA MALADIE SCROPHULEUSE, PAR A. C. BAUDELOCQUE, MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANS MALADES. 1 vol. in-8°.

Voilà un sujet qui a été pris et repris bien des fois et dont le nom même n'est pas hors de contestation (1). En 1750, l'appel fait par l'Académie royale de chirurgie produisit, entre autres, les Mémoires de Bordeu et de Faure, qui se trouvent dans le troisième volume du Recueil des prix de cette célèbre Société. Trente ans plus tard, la Société royale de médecine, admettant comme démontrée l'existence du vice scrophuleux, proposa un nouveau concours qui valut à la science les ouvrages de Baume, de Pujol, de Kortum. Il serait inutile d'ajouter ici la liste nombreuse des pathologistes anglais et allemands dont plusieurs ont traité, d'une manière intéressante, de cette triste et difficile maladie.

M. Baudelocque a-t-il bien fait de donner, aussi lui, son œuvre ? Oui, car ce qu'il a fait est réellement une œuvre médicale, un livre qui a été composé avec patience et intelligence, et qui ne doit point être oublié ; autre chose qu'une compilation indigeste de faits et d'opinions auxquels l'auteur reste étranger, autre chose qu'un ramas d'observations clinico-nécrologiques recueillies sans but, racontées sans goût et sans intention philosophique ; autre chose que ce que, chaque jour, on nous jette au visage avec tant d'assurance, et que nous méprisons tant. M. Baudelocque a parlé, parce qu'il avait quelque chose à dire : ce qui est rare.

L'auteur des *Etudes sur la maladie scrophuleuse* a surtout fixé son attention sur les causes des écrouelles. Il a examiné, nous dit-il dans sa préface, les opinions de tous ses devanciers ; ne pouvant voyager lui-même et être à tout, il a demandé à ceux de ses confrères qui voyageaient des renseignemens précis sur les points principaux de ses recherches ; et puis, il s'est mis à travailler dans son hôpital, où il était chargé d'un service de scrophuleux. Il offre aujourd'hui au public sa conclusion ; car il croit en avoir une : « la marche qu'il a suivie l'a conduit à des résultats qu'il était loin de prévoir. » Cette conclusion la voici : « C'est que la « condition indispensable du développement de « la maladie scrophuleuse réside dans la vicia- « tion de l'air au milieu duquel on vit. » — M. Baudelocque présente là une idée nouvelle sur la valeur de laquelle il nous paraît impossible de se prononcer sur-le-champ : toute idée pratique nouvelle, demande, pour être admise dans la science, à être vérifiée par les praticiens ; car, avec quelque conscience et quelque habileté que son auteur ait analysé les faits antérieurs à lui et ceux qui lui sont personnels, avec quelque logique et quelque légitimité apparentes qu'il ait déduit cette idée de ces faits, il est possible que des faits nombreux et importans lui aient échappé, capables de renverser sa théorie, ou au moins de lui ôter sa trop grande généralité. Nous croyons donc que l'opinion de M. Baudelocque, qui met la cause essentielle des scrophules dans le non-renouvellement et dans l'altération de l'air respirable, a besoin de vérification ; mais, nous le disons franchement, il nous paraît jusqu'ici avoir tout à fait raison dans l'examen qu'il fait de la valeur des causes auxquelles on attribue généralement les scrophules : l'hérédité, le tempérament lymphatique, la contagion, la dégénérescence syphylitique, certains alimens, certaines boissons, certains médicamens, la malpropreté, les diverses influences atmosphériques. L'auteur ne nie point l'action de ces différentes causes à titre de prédispositions ou de complications, mais il prétend et, selon nous, il prouve que cette action est secondaire et ne produirait pas, toute seule, les scrophules : ce qui est véritable-

(1) Kortum a proposé d'écrire *scrofula* au lieu de *scrophula*, sous prétexte que cette dénomination n'a point une étymologie grecque, et vient du latin *scrofa*. Mais, *scrophula* n'est pas plus d'origine latine que d'origine grecque ; c'est, suivant Mercurialis, un mot dérivé de l'arabe que les *Barbares* avaient transmis aux Latins, et que ceux-ci écrivent quelquefois *scrofa*, mais plus généralement *scropha*. Mercurialis s'exprime ainsi : *hic verò morbus à Latinis dicitur struma, à Græcis χοιρας vocatur, Barbaris scrophula.* Kortum a donc tort : il n'y a pas pas lieu à changer l'orthographe de *scrophule*.

ment la question. Il établit que toutes les fois qu'on a attribué la maladie scrophuleuse à telle ou à telle circonstance, à l'hérédité, par exemple, ou à la syphilis, il se mêlait à ce dont on tenait compte, et qui n'était que secondaire, quelque chose dont on ne tenait pas compte, et qui était capital ; l'altération de l'air respiré. C'est ainsi qu'il explique des faits autrement inexplicables, comme : que les scrophules sautent une génération (car que veut dire, je vous prie, sautent ?); que sur plusieurs enfans nés de parens syphilitiques, celui-ci est écrouelleux, celui-là se porte à merveille; qu'une nourrice scrophuleuse transmet son vice à un nourrisson, et point à un autre, etc. Entre autres exemples frappans, et concluans pour son opinion, M. Baudelocque cite cet enfant, dont tout le monde a pu lire dans Bordeu l'histoire si bien racontée, qui se porta bien tant qu'il *coucha sur la dure, ou tout au plus sur le gazon qu'il partageait avec les brebis*, tant qu'*il n'eut pour vivre qu'un peu de mauvais pain, avec quelques verres de petit-lait, souvent fort aigri; mais qui s'avisa de mendier, frappa tout le monde par sa candeur et par ses saillies naturelles, mérita les bontés d'une princesse à Baréges, et devint malade dès qu'il fut couché à son aise et nourri mollement.* En moins d'un an, les scrophules firent les plus grands progrès, et le pauvre enfant mourut. Ce que Bordeu attribue à la mollesse de la vie, M. Baudelocque, fort de beaucoup d'autres faits, l'attribue à l'altération de l'air, au *renfermé*. A mesure que ses idées se sont développées, M. Baudelocque a insisté sur cette circonstance dans les renseignemens qu'il a pris près de ses malades ou près de leurs parens, et constamment il a découvert qu'elle avait dans la maladie l'importance essentielle, qu'elle était la cause première du mal : à ce point qu'une habitude, en apparence insignifiante, celle de coucher et de dormir la tête sous les draps du lit, a plusieurs fois expliqué la maladie et ses progrès, et que les malades, dès qu'ils y ont renoncé, ont recouvré une excellente santé. Il ne servirait de rien d'objecter qu'une pareille observation n'a pu se faire que sur des sujets très prédisposés (M. Baudelocque ne nie point cette prédisposition), puisque la prédisposition toute seule n'aurait point abouti aux scrophules.

La discussion à laquelle M. Baudelocque soumet les diverses causes classiques des scrophules, nous semble, avons-nous dit, celle d'un bon observateur, d'un homme capable de faire faire à la science quelques progrès. Le chapitre qui concerne la syphilis, par exemple, donne une juste idée de la sagacité avec laquelle l'auteur démêle les causes des erreurs commises par tant de médecins d'ailleurs distingués. On y fait très bien voir la vanité de l'opinion d'Astruc, suivie depuis par tant d'autres, sur l'origine syphilitique des scrophules, opinion fondée, ainsi que chacun sait, sur la ressemblance symptomatique des deux maladies et sur celle des remèdes qui leur conviennent. Rien de plus contestable, de plus faux même que cette soi-disant ressemblance symptomatique : car, même en admettant que les deux maladies attaquent les mêmes tissus (et il y aurait là-dessus beaucoup à dire), le caractère de souffrance et de dégénération de ces tissus est fort différent.— Quant à la transformation de la syphilis en scrophules des parens aux enfans, ce qui a beaucoup induit en erreur, c'est que partant de l'idée de dégénérescence syphilitique, toutes les fois qu'on a trouvé de la syphilis dans la génération supérieure, on en a conclu que de là la génération inférieure tirait ses scrophules, et on n'a pas poussé plus loin les renseignemens; on n'a point fait attention qu'en procédant ainsi la puissance étiologique de la syphilis s'étendrait singulièrement loin.—Il n'est pas vrai non plus que les mêmes remèdes conviennent à la syphilis et aux scrophules : beaucoup de médecins, Hunter, Richerand, Sam. Cooper, regardent même la mercurialisation comme une cause de scrophules ; et d'autres, tels que M. Cullerier, estiment que les écrouelles sont la plus grave complication de la vérole, parce que, disent-ils, le mercure qui est nécessaire pour guérir la vérole ne manque pas d'aggraver les écrouelles. Si Bordeu vante tant la vertu anti-scrophuleuse des frictions mercurielles, c'est qu'il ne réfléchit pas que les malades auxquels il administrait les frictions, prenaient en même temps les eaux sulfureuses, et surtout l'air des montagnes. — Dans certains pays, comme celui où Kortum exerçait la médecine; la syphilis est fort rare et les scrophules très communes ; dans d'autres, comme Palerme en Sicile, la syphilis est fort commune et les scrophules très rares.

La conséquence pratique de l'étiologie reconnue par M. Baudelocque, c'est de modifier toutes les circonstances de mœurs, de profession, de vie, qui forcent les hommes à respirer un air non renouvelé. C'est à renouveler l'air dans les habitations, dans les hospices, dans les ateliers, etc., que doivent s'appliquer les médecins et les magistrats, s'ils veulent détruire les scrophules : l'impôt des portes et fenêtres lui paraît, médicalement parlant, le plus cruel de tous ; il fait des vœux ardens pour sa suppression, et demande même qu'on encourage par des primes, au lieu de l'empêcher par des taxes, la construction des portes et des fenêtres.

Pour le traitement des scrophules confirmées, les principaux agens thérapeutiques qu'a expérimentés M. Baudelocque sont : l'iode, l'hydrochlorate de cuivre ammoniacal, l'hydrochlorate de baryte, le sulfure noir de mercure, les évacuans, etc. Nous avons déjà fait connaître les résultats auxquels est arrivé ce praticien (Voy. tom. I, pag. 367 et suiv.), nous n'y reviendrons pas ici.

L'ouvrage est terminé par la reproduction d'une lettre adressée par l'auteur à M. le professeur Alibert sur la *teigne faveuse*, lettre qui a été publiée par la *Revue médicale* en 1831.

Henri Gouraud.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.
Septembre 1834.

Les articles originaux de ce mois sont 1° un article sur l'*état actuel du choléra en Europe, et sur la constitution médicale de Paris.* C'est une relation rapide des progrès du choléra en Suède et en Espagne, et de sa recrudescence à Londres, en même temps qu'un essai de rapprochement entre les constitutions atmosphériques et médicales du commencement du printemps de 1832 et des approches de l'automne de 1834; 2° une *note sur la découverte de l'acarus scabiei*, par M. Duchesne-Duparc, D. M. P., ancien interne de l'hôpital Saint-Louis; 3° un article sur la *clinique de M. Lisfranc;* 4° un *mémoires pour servir à l'histoire des céphalœmatome*, ou tumeur sanguine sous-péricrânienne chez les enfans nouveau-nés, par M. Valleix, interne des hôpitaux. Dans les deux observations rapportées par M. Valleix, la tumeur sanguine était positivement située sous le péricrâne, correspondait à la partie postérieure du pariétal droit, et était limitée par un bourrelet osseux qui ne paraissait dû ni à l'induration ni à l'ossification du périoste. M. Valleix discute avec soin et intelligence ce point curieux de l'anatomie pathologique des nouveau-nés; 5° des *recherches sur l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires et des valvules sigmoïdes de l'aorte*, par M. Littré; 6° des *observations sur l'inspiration rauque des enfans et sur ses rapports avec un état morbide des ganglions thoraciques et cervicaux*, par H. Ley, D. M. de Londres. Les deux observations nécroscopiques, rapportées par M. Ley, nous paraissent inconcluantes pour son opinion, savoir : que cette raucité de la voix, quelquefois suivie de spasme mortel de la glotte, est due à la compression des nerfs récurrens par le développement des ganglions thoraciques; cependant il est bon d'avoir attiré sur ce point de pathologie l'attention des médecins d'hôpitaux; 7° une note de M. Rognetta *sur deux maladies peu connues des tendons des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts;* 8° une *revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, par M. A. Boyer; 9° une lettre de M. Mayor, de Lausanne, *sur la conduite à tenir dans les cas de fractures douteuses du col du fémur;* 10° un article d'introduction au *cours clinique de M. Ferrus sur les maladies nerveuses*, par M. A. Boyer.

Clinique de M. Lisfranc à l'hôpital de la Pitié.

1° *Traitement des abcès par congestion.* — La plupart des chirurgiens sont d'accord pour faire très petite l'ouverture des abcès par congestion, redoutant au dessus de tout l'introduction de l'air dans le foyer purulent, et attribuant à cette introduction la viciation du pus et les symptômes de résorption qui en dépendent. Depuis plusieurs années, la pratique de M. Lisfranc est toute différente, et il n'a qu'à se louer de la méthode qu'il a adoptée. Il attribue, lui, la viciation du pus et les symptômes consécutifs à l'inflammation des parois du foyer par le contact du pus; conséquemment, il ouvre ces abcès le plus tôt possible par une incision d'un pouce ou d'un pouce et demi, il évacue complétement le foyer, et prévient, par des applications de sangsues, l'inflammation qui pourrait résulter de l'opération. Les premiers jours, les malades sont mis à une diète sévère; et, dès que le danger de l'inflammation est passé, on soutient leurs forces par un régime plus substantiel. En agissant ainsi, on ne guérit point la maladie qui est la carie des vertèbres, la nature seule opère cette guérison : mais on remédie au mal que produit par lui-même l'abcès par congestion, et on met la nature dans les conditions les plus favorables à la guérison. Quelquefois, soit que la carie ne fût pas réelle, soit qu'elle ne fût que légère et peu avancée, la guérison de l'abcès par la méthode que nous venons d'indiquer a entraîné la guérison totale.

2° *Traitement de l'emphysème gangréneux.* — Les chirurgiens militaires ont démontré que l'amputation des membres pouvait être faite dans les cas de gangrène traumatique, lors même que la gangrène n'est pas limitée. M. Lisfranc croit que, dans ces cas, on peut amputer même sur le siége d'un emphysème gangréneux, même en tombant sur des tissus bruns, non contractiles, ne donnant pas une goutte de sang, frappés d'une mort apparente; car, après l'opération, ces tissus peu à peu se raniment, reprennent de la sensibilité, rougissent, laissent même échapper un sang rutilant. — Quant à l'emphysème qui se manifeste par une traînée rougeâtre, douloureuse, *crépitante*, le long des vaisseaux, M. Lisfranc conseille les incisions pour donner issue aux gaz putrides, ou, ainsi qu'il l'a pratiquée une fois avec succès, la compression pour les empêcher de remonter. Le professeur cite le cas d'un homme, amputé du bras, dont le moignon avait été frappé d'une eschare gangréneuse : des gaz partaient de cette eschare et remontaient déjà jusqu'à l'aisselle : M. Lisfranc incisa l'eschare en croix, en enleva les lambeaux, râcla avec le bistouri les tissus sous-jacens, et pansa avec la poudre de quinquina et le chlorure de soude à 3°, l'eschare ne se reproduisit pas; l'emphysème se dissipa; il se forma seulement dans l'aisselle un abcès qui fut ouvert et qui n'eut pas de suites.

Traitement de la pustule maligne — Ce traitement a quelque analogie avec celui qu'on suit pour la pustule maligne, dans laquelle la cautérisation des parties sous-jacentes est reconnue indispensable après que l'eschare a été divisée et emportée. Ici, encore, M. Lisfranc croit devoir modifier la méthode ordinaire de traitement. Il pense que pour une pustule commençante la cautérisation des parties *sous-jacentes* peut suffire; mais que, si la pustule dure déjà depuis quelques jours, il faut cautériser largement des parties qui ne paraissent pas encore malades. C'est à cette différence de méthodes qu'il attribue la différence des résultats

obtenus par lui dans le commencement de sa pratique et dans sa pratique actuelle.

— *Recherches sur l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires et des valvules sigmoïdes de l'aorte*, par M. Littré. M. Littré cite un cas qui confirme ce qu'a dit M. Guyot (*voir* notre dernière livraison, p. 84.) sur l'*insuffisance* des valvules sigmoïdes de l'aorte, savoir : que les signes de cette altération organique sont 1° un *bruit de soufflet* dans la région précordiale *remplaçant le second bruit* du cœur, tandis que le premier bruit du cœur persiste; 2° le même bruit de soufflet, remplaçant le second bruit du cœur sur le trajet de l'aorte; 3° les pulsations des artères, des carotides en particulier, rendues visibles. L'observation clinique et l'autopsie ont justifié cette théorie sur un malade mort à la Charité, dans les salles de M. Rayer. M. Littré ajoute quelques réflexions et rapporte une observation extraite du *Traité des maladies du cœur* de M. Hope, pour prouver qu'il y a, et qu'il doit y avoir cette différence entre l'*insuffisance* des valvules auriculo-ventriculaires et l'*insuffisance* des valvules artérielles (aortiques ou pulmonaires) : 1° que, dans le premier cas, la valvule insuffisante, permettant le reflux du sang du ventricule dans l'oreillette pendant la systole ventriculaire, pendant le premier bruit, c'est au *premier bruit du cœur* que doit correspondre le *bruit de soufflet*, occasioné par le reflux du sang; 2° que, dans le second cas, la valvule insuffisante permettant le reflux du sang dans le ventricule pendant la diastole ventriculaire, pendant le second bruit du cœur, c'est au *second bruit du cœur* que correspond le *bruit de soufflet*, occasioné par le reflux du sang.

—*De la conduite à tenir dans les cas de fractures douteuses du col de fémur*, par M. Mathias Mayor, de Lausanne. — Dans cette lettre, adressée au rédacteur de la *Gazette*, M. Mayor rappelle que des individus, très réellement affectés de fracture, ont pu se relever, faire quelques centaines de pas, et donner ainsi le change au chirurgien; que d'autres, non fracturés, avec leur pied renversé, leur membre raccourci, leurs vives douleurs, ont pu également en imposer aux plus habiles. Ces faits sont très bien constatés dans la science, mais M. Mayor aurait dû ajouter que l'usage du sthéthoscope, que M. Lisfranc a eu l'heureuse idée d'appliquer aux fractures d'os profondément situés et à crépitation obscure, rendait ces erreurs de diagnostic chaque jour plus rares. Le célèbre chirurgien suisse est d'avis que, *dès qu'il existe le plus léger doute*, la règle est de se conduire absolument comme si la fracture avait eu lieu : et il trouve dans la simplicité et la commodité de son appareil les conditions les plus favorables, soit à la guérison, soit à la réparation de l'erreur.

« Cet appareil consiste dans deux petites planches d'un pied de largeur, et dont les longueurs réunies égalent celle de l'extrémité tout entière; elles sont articulées avec deux charnières, afin que, étant placées sous le membre, elles puissent suivre la flexion du genou et former un double plan incliné; quelques trous sont percés pour y passer deux anses de corde et fixer une large bande qui doit attacher au bassin l'extrémité supérieure de l'appareil. Un coussin de laine et de coton est destiné à le recouvrir. »

Si, au bout de quelques jours, le mouvement de soulèvement de la cuisse, et celui de rotation du pied en dedans, sont possibles par les seules forces du malade, on supprime l'appareil; dans le cas contraire, on le laisse.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros des 30 septembre, 15 et 30 octobre contiennent les articles suivans :

1° *Coup d'œil thérapeutique sur les caractères généraux des ouvriers des mines;* par M. Valat. 2° *Du kino et de ses propriétés médicamenteuses;* par M. Sandras. 3° *Du traitement de la première dentition.* 4° *Du choix et de l'application des pessaires;* par M. Rognetta. 5° *De l'emploi thérapeutique de quelques préparations d'or et rectification de quelques formules;* par M. Chrestien. 6° *Considérations sur l'air atmosphérique envisagé comme moyen thérapeutique.* 7° *Note sur l'emploi de la térébenthine dans quelques affections de poitrine chez les enfans.* 8° *De l'ustion sincipitale employée dans la période extrême de l'encéphalite aiguë chez les enfans;* par M. Caron du Villards. 9° *Note sur une nouvelle espèce de fistule stercorale.* 10° *De la compression abdominale dans certains cas d'accouchemens difficiles.* 11° *Phlegmon énorme du bras par suite d'une saignée.* 12° *Des crises et de leur valeur thérapeutique;* par M. Fuster. 13° *De la limitation de l'érysipèle idiopathique au moyen de la cautérisation;* par M. Simon. 14° *Coup d'œil sur le catarrhe de la vessie et sur son traitement*, par M. Civiale. 15° *De l'efficacité des mercuriaux dans le traitement des affections inflammatoires des yeux.* 16° *Rectification de la formule avec le carbonate de plomb pour combattre les névralgies.*

Note sur l'emploi de la térébenthine dans quelques affections de poitrine chez les enfans. — Dans un travail intitulé : *Observations pratiques sur quelques maladies du poumon*, le docteur Little vient d'appeler l'attention sur l'usage externe de l'essence de térébenthine : il recommande de la substituer au vésicatoire et à la pommade stibiée dans les phlegmasies pulmonaires. L'efficacité du vésicatoire lui a paru peu certaine, surtout chez les enfans; lors même qu'ils n'ont été employés qu'après les émissions sanguines; les épispastiques lui ont toujours semblé plus nuisibles qu'utiles; il n'est pas rare de voir les plaies qu'ils déterminent prendre un mauvais aspect, se gangréner ou se couvrir d'ulcères dont la cicatrisation est très difficile à obtenir. Quant au tartre émétique, il agit lentement et détermine une irritation qui n'est pas sans danger. J'ajouterai qu'il donne naissance à des stigmates indélébiles; considération d'une grande importance quand les malades sont du sexe féminin. La térébenthine n'a pas les mêmes inconvéniens; appliquée sur la poitrine d'un enfant, elle détermine promptement la rubéfaction de la peau; mais cette irritation artificielle n'est pas suivie immédia-

tement de l'augmentation du mouvement fébrile, comme cela arrive si fréquemment après l'application des vésicatoires ; au contraire, elle abaisse la fréquence du pouls en raison de l'excitation qui est produite, et diminue en même temps l'intensité de la phlegmasie locale. Dans les maladies chroniques du thorax, cette substance n'a pas l'inconvénient de débiliter les malades, et sous ce rapport elle doit être préférée au vésicatoire et à l'emplâtre émétisés, qui, par l'abondance de la suppuration à laquelle ils donnent lieu, jettent souvent les jeunes malades dans un état de faiblesse alarmant.

Le docteur Little regarde l'essence de térébenthine comme le meilleur médicament qu'on puisse employer dans la coqueluche. Après avoir humecté la poitrine et la partie antérieure du cou avec l'essence de térébenthine, il recouvre ces parties d'un large morceau de flanelle, pour empêcher le contact de l'air, et prévenir l'irritation qui pourrait en résulter. Il a eu rarement besoin de répéter ces applications plus d'une ou deux fois par jour : ordinairement il fait précéder cette médication d'une émission sanguine, si le sujet est pléthorique et si le mouvement fébrile est intense.

Dans les accès d'asthme, il obtient en peu d'instans une rubéfaction de la poitrine, en employant l'essence de térébenthine aussi chaude que possible. Il est peu de cas, dit-il, où ce moyen n'ait pas réussi à arrêter en une ou deux heures un violent accès d'asthme.

Le travail de M. Constant a pour but de confirmer les résultats obtenus par M. Little ; il cite à l'appui plusieurs faits que nous ne croyons pas devoir rapporter. Nous terminerons en faisant remarquer que l'emplâtre de poix de Bourgogne, usité depuis si long-temps dans les affections thoraciques, n'agit qu'en raison de l'essence de térébenthine qui s'y trouve naturellement.

De l'ustion sincipitale employée dans la période extrême de l'hydrocéphalite aiguë chez les enfans ; par M. Caron du Villards. — Cet article renferme plusieurs cas de guérisons obtenus dans l'hydrocéphalite aiguë, au moyen de l'ustion sincipitale. Cette dernière était pratiquée, tantôt avec une éponge imbibée d'eau bouillante, tantôt avec l'essence de térébenthine appliquée sur le cuir chevelu et enflammée, tantôt avec le marteau de M. Mayor.

Sur une nouvelle espèce de fistule stercorale chez la femme, et sur les moyens de la guérir ; par M. Caron du Villards. — Cette nouvelle espèce de fistule, qui a été rencontrée deux fois par l'auteur, peut prendre le nom de vulvo-rectale ; elle consiste dans un canal sinueux qui part d'une certaine hauteur de l'intestin rectum, et aboutit, par un trou excessivement petit, sur un point de la face interne de la grande lèvre. Les causes et le traitement de ces sortes de fistules sont les mêmes que ceux des autres fistules stercorales de l'intestin rectum. Elles sont souvent fort difficiles à reconnaître et simulent un écoulement de mauvais caractère.

De la compression abdominale dans certains cas d'accouchemens difficiles.—Ce moyen thérapeutique n'est point applicable dans tous les cas ; il ne convient que dans les accouchemens lents et naturels, ceux où l'ergot de seigle est indiqué ; il peut avec avantage être joint à l'action de cette dernière substance.

Lorsqu'on croit devoir recourir à la compression expulsive de l'utérus, voici comment il faut la pratiquer. On a une grande serviette ou bien une petite nappe ; on la plie en cravatte de la largeur d'un pied et demi ; on en applique le milieu sur le ventre ; on croise les chefs sur les reins, et on les confie à des aides placés aux côtés de la femme, avec prescription de serrer graduellement à chaque douleur, en allant de plus fort en plus fort, et de relâcher aussitôt que la douleur est passée. Pour être réellement utile la serviette compressive doit être appliquée à la partie supérieure du ballon abdominal de la femme en travail.

De la limitation de l'érysipèle idiopathique par la cautérisation ; par M. Simon. — L'auteur rapporte plusieurs faits qui semblent établir, d'une manière incontestable, l'efficacité de la cautérisation par le nitrate d'argent sur les limites du mal, comme moyen de suspendre la marche de l'érysipèle idiopathique. Lorsqu'il est symptomatique, soit d'un embarras bilieux des premières voies, soit d'une plaie, soit d'une maladie grave, il y a moins de chances pour le succès. Comme, dans l'immense majorité des cas, l'érysipèle spontané se termine de lui-même au bout de quelques jours, il convient de ne recourir à la cautérisation que quand il menace de s'étendre à des parties où il peut devenir dangereux, ou bien quand il a une marche longue et indéfinie.

Coup d'œil sur le catarrhe de la vessie et sur son traitement ; par M. Civiale. — Dans ce travail, il est uniquement question du catarrhe de la vessie, occasioné par l'affection calculeuse.

Le séjour prolongé de la pierre détermine tantôt l'hypertrophie des parois vésicales avec diminution de la capacité du viscère, tantôt l'atrophie de ces mêmes parois avec augmentation de la capacité. L'affection catarrhale peut exister dans l'un et l'autre cas ; mais elle résulte, dans le premier, d'un excès de vitalité, de la violence des contractions du viscère sur le corps étranger ; et dans le second, d'un défaut d'énergie, par suite du séjour prolongé et de l'altération de l'urine dans son réservoir. Cette distinction est de la plus haute importance dans l'appréciation des caractères de la maladie, et dans le choix des moyens curatifs. Le catarrhe, qui existe avec atonie, amincissement des parois vésicales, offre des caractères peu tranchés. L'urine contient à peine quelques mucosités, mais elle est trouble, fétide. Ce liquide n'est jamais expulsé entièrement par les seules contractions du viscère. Cette espèce de catarrhe présente quelque chose d'insidieux ; sous l'influence d'une irritation quelconque, elle peut passer à l'état aigu, et devenir promptement fatale. Ici, c'est par le traitement médical qu'il faut commencer ; il réussit d'autant mieux, que le malade souffre peu de la pierre ; avant de chercher à broyer celle-ci, il importe donc de régulariser l'excrétion de l'urine. On y parvient en soudant le malade plusieurs fois, en faisant des injections, en remontant les forces générales par un traite-

ment approprié, et remédiant à la constipation très fréquente dans ces circonstances.

Dans tous les cas, lorsque la pierre est enlevée, il convient de faire des injections répétées, qui ont pour but principal d'empêcher le séjour des mucosités dans la vessie, et de modifier, de changer les propriétés vitales, viciées par l'influence des états morbides primitifs, et principalement ranimer, régulariser la contractilité de ce viscère; les injections d'eau tiède d'abord, froide ensuite, produisent spécialement ce résultat; les dérivatifs internes ou externes deviennent ensuite fort utiles; mais il ne convient de recourir à leur emploi qu'après avoir réduit la phlegmasie vésicale à l'état de sub-inflammation. C'est dans ce cas aussi que les toniques produisent d'excellens effets.

De l'efficacité des mercuriaux dans le traitement des affections inflammatoires des yeux. — C'est à M. Sanson surtout qu'on doit en France une suite d'expériences entreprises avec le calomélas appliqué au traitement des différentes maladies des yeux, suivant la méthode anglaise; c'est-à-dire, administrés à l'intérieur à doses répétées et purgatives. L'auteur du traitement que nous analysons, après avoir rapporté plusieurs faits à l'appui de l'efficacité de ce mode de traitement, se croit autorisé à conclure, 1° que tous les mercuriaux sont d'une grande efficacité dans le traitement des maladies inflammatoires des yeux; 2° que, parmi les préparations mercurielles, le calomel, administré intérieurement, et l'onguent napolitain, ordonné en frictions, sont les plus commodes et les plus efficaces; 3° enfin, que, dans les cas peu graves de phogose oculaire, il n'est pas absolument nécessaire de pousser la dose des mercuriaux jusqu'à la salivation pour obtenir les effets salutaires que nous avons mentionnés; mais que, si le mal est très grave, s'il y a danger imminent de la perte de la vue, comme dans les ophthalmies purulentes, il faut, non seulement provoquer la salivation à l'aide de la méthode anglaise, mais aussi hâter cette révulsion salutaire au moyen de frictions locales, avec l'onguent mercuriel double.

Rectification de la formule avec le sous-carbonate de plomb pour combattre les névralgies. — La formule donnée dans un des numéros précédens doit être ainsi rectifiée :

Prenez cérat une once;

Sous-carbonate de plomb, quantité suffisante pour saturer complétement le cérat.

Cette saturation ne peut avoir lieu, si préalablement le carbonate de plomb n'a pas été parfaitement porphyrisé.

On étend une couche de cérat de plomb sur toute la partie occupée par la douleur; cette couche, d'une ligne d'épaisseur, est recouverte d'un papier gris, qui lui-même est recouvert d'une compresse soutenue par une marmotte, ou par quelques tours de bande; quand la pommade desséchée tombe en écailles, on applique une couche nouvelle.

REVUE MÉDICALE.

Septembre 1834.

La *Revue* de septembre contient 1° un article de M. Martins *sur quelques musées anatomiques de l'Allemagne, de l'Angleterre et de la France :* ces musées sont ceux de Strasbourg, d'Heidelberg, de l'Université d'Oxford, de Saint-Thomas's hospital, de Guy's hospital, de Hunter; 2° le Mémoire lu par M. le docteur Junod à l'Académie des sciences le 25 août dernier, intitulé : *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur les effets de la compression et de la raréfaction de l'air, tant sur le corps que sur les membres isolés;* 3° la suite des *recherches sur le traitement de diverses maladies des yeux*, lues à la Société de médecine de Paris par M. Pamard, travail non terminé, dont nous ne pouvons, conséquemment, encore rendre compte.

1° *Des effets de la compression et de la raréfaction de l'air*, par M. Junod. — Dans ce Mémoire, M. Junod donne la description de l'appareil propre à opérer la compression et la raréfaction sur toute la surface du corps, et celle des appareils propres à produire les mêmes effets sur un ou plusieurs membres.

Le premier de ces appareils se compose d'un récipient en cuivre, de forme sphérique, d'un mètre quatre décimètres, ayant, dans son intérieur, un banc pour asseoir le sujet, et, sur ses parois, des fenêtres hermétiquement fermées : l'entrée, circulaire, située à la partie supérieure, est fermée par un couvercle qui porte trois ajutages taraudés, dont l'un laisse entrer dans le récipient le réservoir d'un thermomètre; dont le second est vissé à un baromètre ou à un manomètre; et dont le troisième reçoit un robinet qui sert à faire communiquer, à volonté, l'air intérieur avec l'air extérieur. — La compression ou la raréfaction de l'air se fait au moyen d'une pompe aspirante et foulante, dont le corps a une capacité de huit décimètres cubes.

Les appareils pour les membres consistent 1° en quatre tubes de cristal ou de cuivre (où peuvent être engagés les membres), fermés par une extrémité, ouverts par l'autre : celle-ci reçoit des pièces de rechange qui se moulent sur le membre, et qui la ferment hermétiquement; 2° en une pompe aspirante et foulante, pourvue d'un récipient ou réservoir qui porte un manomètre et quatre robinets; 3° en quatre tubes élastiques, établissant la communication convenable entre la pompe et les cylindres.

L'appareil étant disposé, et l'opération commencée, le manomètre ou le baromètre donne l'idée de la raréfaction ou de la compression obtenue.

Lorsqu'on augmente de moitié la pression normale de l'atmosphère sur le corps d'un homme sain, placé dans le récipient, voici ce qu'on observe :

1° La membrane du tympan, refoulée vers l'oreille interne, devient le siége d'une pression incommode, dont pourtant le sentiment se dissipe peu à peu;

2° Le jeu de la respiration se fait avec une facilité nouvelle, avec une sorte de plaisir : les

inspirations sont grandes et moins fréquentes.

3° Les vaisseaux superficiels s'effacent, la circulation profonde paraît prendre un surcroît d'activité : c'est peut-être pour cela qu'il survient un peu d'excitation cérébrale, et que les sécrétions deviennent notablement plus abondantes et les fonctions digestives plus énergiques.

Un ensemble de symptômes contraires est produit par la raréfaction de l'air. Seulement la distension de la membrane du tympan donne lieu à peu près au même sentiment que sa pression.

Lorsque l'on comprime ou que l'on raréfie l'air autour des membres, on donne lieu à deux séries de phénomènes locaux, analogues à ceux que nous venons de signaler, et de plus à quelques phénomènes généraux. Ces phénomènes généraux sont : 1° pour le cas de la compression autour d'un membre, des signes de congestion cérébrale et pulmonaire, des vertiges, de la somnolence, de la dyspnée ; 2° pour le cas de la raréfaction autour d'un membre, une respiration plus libre, une digestion plus paresseuse, une transpiration plus abondante.

Le moyen de faire cesser les phénomènes généraux, produits par l'action sur un membre, est d'exercer une action contraire sur le membre opposé.

Il ne nous paraît pas douteux qu'il n'y ait un grand parti à tirer de la médication sur laquelle insiste M. Junod, habilement et prudemment exploitée.

L'action de la *compression* peut être secondée par des affusions d'eau froide, comme celle de la *raréfaction* par des injections de vapeur.

M. le docteur Junod rapporte quatre observations à l'appui de sa méthode :

La première est celle d'un tétanos traumatique avec ralentissement remarquable de la respiration et de la circulation, existant depuis cinquante jours, dont les accès, revenant tous les jours à cinq heures, furent dissipés par la *raréfaction* faite, à dix centimètres, sur les extrémités au commencement même de l'accès.

La seconde est une paraplégie, avec perte totale de la sensibilité, compliquée de fièvre tierce, existant depuis cinq mois. Pendant vingt jours, on raréfia l'air autour des extrémités, sur lesquelles on dirigea de la vapeur d'eau. La sensibilité est revenue, et le malade marche depuis, quoique avec difficulté.

Dans la troisième, les accès de dyspnée et de suffocation d'un malade affecté d'hydrothorax double, furent très notablement diminués par la *raréfaction* des extrémités. Une fois, la veine ayant été ouverte par une suffocation imminente, le sang ne put couler que quand le membre saigné eût été engagé dans l'appareil et le vide fait ; mais il coula alors abondamment, et tous les bénéfices de la saignée furent recueillis.

Dans la quatrième, enfin, des douleurs abdominales cholériques furent instantanément suspendues, et, avec elles, dissipés les symptômes déja survenus de choléra ; tels que les déjections alvines, les vertiges, les éblouissemens.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE.

(*Journal de Hufeland*), juillet 1834.

Articles originaux. — 1° *Miscellanées*, etc., par le docteur Hauff (ou réflexions sur le mode vulgaire d'administration des remèdes ordinaires, sur la syphilis, sur les dartres et sur la gale); 2° *Rapport de l'Académie de médecine de Paris sur le magnétisme animal*, analysé par Hufeland ; 3° *Exemple remarquable de l'action du magnétisme minéral sur les affections nerveuses*, par le docteur Knauer ; 4° *Action du sulfate de cuivre dans le croup*, par le docteur Korting ; 5° *Nouvelles remarques sur les propriétés médicales de l'*artemisia vulgaris, par le docteur Biermann ; 6° *Observations de maladies internes*, par le docteur Aschendorf ; 7° *Remarques sur le catarrhe intestinal épidémique*, par le docteur Speyer.

Action du magnétisme minéral sur les affections nerveuses. — Nous ne pouvons reproduire dans toute leur étendue les détails intéressans donnés par M. Knauer sur la maladie dont il rapporte l'observation. Il nous suffira de dire qu'il s'agissait d'accidens hystériques chez une femme d'une cinquantaine d'années, et d'une altération du système nerveux thoraco-abdominal qui se manifestait par des crampes d'estomac, par des troubles variés des fonctions digestives, portés au point qu'une infusion de tabac, prise en lavement, fut rendue peu de temps après par le vomissement. Ces phénomènes, accompagnés de douleurs névralgiques atroces, résistèrent à une foule de remèdes ; l'application de l'aimant produisait seule un soulagement momentané ; ils se terminèrent par une hématémèse effrayante, par le tétanos et la mort. L'autopsie n'offrit guère qu'une injection plus ou moins prononcée de diverses parties du canal digestif, et des autres organes abdominaux. Mais ce qui mérite surtout de fixer l'attention, c'est l'action immédiate de l'aimant. « Je fus contraint par la nécessité, dit M. Knauer, à recourir au magnétisme minéral, bien que j'y comptasse aussi peu que je compte aujourd'hui sur le magnétisme animal. Je promenai sur le bas-ventre un aimant de la force d'environ deux livres, et je remarquai avec étonnement qu'il s'attachait à certaines parties, et non aux autres. Dans les points douloureux la peau venait au devant de lui à la distance d'une ligne. Au bout de quelques instans, il y adhérait avec force, et déterminait une rougeur prononcée ; si on le faisait glisser plus loin, une traînée rouge marquait son passage. Dans les points où la douleur était faible ou nulle, il adhérait peu ou restait parfaitement libre, et ne déterminait d'autre rougeur que celle que produit la pression. Cette application calmait les douleurs qui ne se ravivaient ensuite que lorsque la rougeur avait disparu. J'imaginai

alors de fixer un aimant avec un emplâtre agglutinatif sur un des points douloureux; un cercle rouge l'entoura bientôt, et les parties voisines, non seulement la peau, mais encore les muscles, se soulevèrent au dessus de sa surface l bre, bien qu'il eût plusieurs lignes d'épaisseur. Il adhérait tellement qu'il fallait employer un certain degré de force pour le détacher; mais il tomba de lui-même aussitôt que les douleurs furent calmées; dans les parties peu charnues, il alla jusqu'à ulcérer la peau.

« Le trajet de la rougeur était identique à celui de la douleur, comme on put le vérifier même après la mort. Alors on vit que la douleur partait de la clavicule, s'étendait au creux de l'estomac, puis à l'hypochondre gauche et décrivait un cercle autour de l'ombilic. De l'hypochondre gauche, la rougeur disparaissait dans un espace de la largeur de la main, et se montrait de nouveau à la hauteur des deux premières vertèbres lombaires. Elle était fort intense autour du pancréas où les douleurs étaient plus vives. L'aimant avait aussi été promené sur le trajet de la colonne vertébrale depuis la nuque jusqu'au sacrum; il y avait laissé des traces manifestes de son action sur le système nerveux; et lorsque les larges bandes rouges qu'avait déterminées son application furent éteintes, le trajet des nerfs resta marqué par des lignes d'un beau rouge foncé qui se réunissaient dans la queue de cheval en une bandelette d'un travers de doigt et demi.

« Dans les derniers temps de la maladie, on ne put calmer les douleurs qu'en appliquant deux aimans, l'un au dos, l'autre à l'épigastre. Dès que l'un d'eux se dérangeait, les souffrances redevenaient atroces. »

Nous nous abstenons de toute réflexion sur ce fait, précisément parce qu'il en suggère de trop nombreuses.

Action du sulfate de cuivre dans le croup. — Les observations rapportées par M. Korting sont fort incomplètes; « l'enfant avait le croup, » dit-il; ou même, « d'après le récit du père, je jugeai que l'enfant avait le croup. » Dans le petit nombre de cas qu'il a lui-même observés, et sur lesquels il a donné quelques détails, on ne voit qu'une toux sonore, une respiration bruyante et difficile, des mucosités verdâtres « et aqueuses » rendues par l'expectoration. Rien de tout cela ne constitue le croup. Quoi qu'il en soit, M. Korting administre le sulfate de cuivre, chez les enfans au dessous d'un an, à la dose de cinq grains dans une once et demie de décoction de racine d'althæa, et une demi-once de sirop d'althæa; à prendre par cuillerée à café d'heure en heure. Chez les enfans plus âgés, il porte la dose du sulfate de cuivre à huit grains mêlés à deux gros de sucre blanc pulvérisé, le tout divisé en douze parties égales à prendre toutes les deux heures.

WISSENSCHAFTLICHEN ANNALEN DER GESAMMTEN HEILKUNDE.

(*Journal de Hecker*), août 1834.

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Remarques sur la variole, la varioloïde, la varicelle et le vaccin*, par le docteur Steinheim; 2° *Matériaux pour l'histoire des épidémies*, par le docteur Rosembaum; (analyse du livre de Neucrantz sur le pourpre, 1648); 3° *Empoisonnement par la morsure d'une vipère* (coluber berus), *guéri par un traitement externe, simple*, par le docteur Wagner.

Un enfant de six ans fut mordu à la cheville par une vipère; les deux petites plaies étaient à peine visibles; elles laissèrent échapper une gouttelette de sang. On les frotta avec de la boue de marécage, on les lava ensuite avec de l'eau, une ligature fut placée au dessous du genou, et l'on pratiqua des frictions sur tout le membre avec de l'huile d'olive chaude; puis on transporta le petit blessé à la ville, éloignée de trois quarts de lieue.

Quand on fut arrivé, la jambe était très enflée, depuis l'extrémité des orteils jusqu'au genou, bleue dans le voisinage de la morsure, douloureuse depuis la cheville jusqu'au mollet; le pouls était rapide et fébrile. Il n'y eut ni vomissement, ni épistaxis, ni délire, ni engourdissement, ni coloration jaune de la peau, ni vésicules jaunes ou bleues. Un petit vésicatoire fut appliqué sur la morsure; on conserva la ligature; on continua les frictions avec l'huile d'olive, qui fut remplacée ensuite par le vinaigre chaud. On administra une infusion de sureau, et l'on prescrivit une diète rafraîchissante. Une sueur abondante eut lieu; on relâcha la ligature par degrés; l'enflure disparut peu à peu, et le neuvième jour, l'enfant était guéri.

M. Wagner regarde la morsure de la vipère comme moins dangereuse quand elle a lieu sur un membre d'un certain volume, parce qu'alors les dents du reptile glissent sur la surface. Il n'en est pas de même quand il s'agit d'une partie que les mâchoires de l'animal peuvent embrasser; dans ce cas, les dents pénètrent profondément, et la vésicule qui recèle le venin est fortement exprimée dans la plaie. Ici le lavage avec la boue et l'eau serait complétement inutile.

MEDIZINISCHE ZEITUNG.

(*Gazette médicale de Berlin*), août 1832.

ARTICLES ORIGINAUX. 1re feuille. — 1° *Observations sur l'inflammation des symphyses du bassin*, par le docteur Hayn; 2° *Étranglement interne d'un bubonocèle*, par le docteur Ulrick; 3° *Blessures du fœtus dans la matrice*, par le docteur Schnuhr.

Deuxième feuille. — 1° *L'Hôpital de tous les saints, à Breslaw, en* 1832, par le docteur Ebers; 2° *Cure radicale du varicocèle*, par le docteur Fricke.

Troisième feuille. — *Eclampsie des femmes en couches*, par le docteur Betzchler; 2° *Squirrhe de l'utérus, à la suite d'hémorrhoïdes*, par le docteur Scharfer; 3° *Guérison d'un abcès urinaire et d'un abcès au foie, dû à la suppression d'un exanthème du cuir chevelu*, par le docteur Richter et le docteur Wendroth; 4° *Ordonnance remise en vigueur par le ministre de la justice* (de Poupe), *concernant les limites du droit qu'a le juge de discuter le rapport du médecin légiste et l'étendue de la compétence médicale.*

Quatrième feuille.—1° *Eclampsie des femmes en couches*, suite; 2° *Coup d'œil sur les maladies traitées en* 1833 *et* 1834 *dans l'hôpital de Maximilien - Joseph, à Dusseldorf*, par le docteur Ebermayer; 3° *Guérison d'une exsudation pleurétique par l'opération de la paracentèse*, par le docteur Dick; 4° *Fragment pour l'histoire des bains de vapeurs alcooliques*, par le docteur Rosenbaum.

Inflammation des symphyses du bassin. — Une femme de 29 ans, d'une petite taille, d'un tempérament lymphatico-pléthorique, mal réglée habituellement, avait eu plusieurs couches heureuses. Pendant sa dernière grossesse, elle éprouva quelques douleurs dans l'hypochondre gauche, qui se dissipèrent d'elles-mêmes au bout de quelque temps. Enfin, elle accoucha à terme, assez facilement, de trois enfans viables, pesant, l'un, 5 1/4 livres, l'autre 5 1/8 livres, le troisième 4 1/2 livres. Tout allait bien, lorsque le troisième jour de vives douleurs se manifestèrent dans les trois principales articulations du pubis, surtout dans la symphyse sacro-iliaque droite. La peau était chaude dans le voisinage, les parties molles tuméfiées jusque près de l'ombilic. Les premières voies étaient dans l'état normal, mais les selles étaient fréquentes et liquides; le pouls dur et plein. Des saignées, des applications répétées de sangsues, des bains locaux, des cataplasmes émolliens, des onctions mercurielles furent mis en usage sans le moindre succès. La malade, abattue par la misère et par la subite augmentation de sa famille, ne réagissait nullement. Bientôt les lochies devinrent jaunâtres, exhalèrent une odeur cadavéreuse; le pouls s'accéléra. Le huitième jour après l'accouchement, il y avait mobilité et crépitation dans la symphyse sacro-iliaque droite; une tumeur, formée depuis deux jours sur le dos de la main droite, fut ouverte, et laissa échapper une once et demie de pus mêlé à de la sérosité. Enfin, le onzième jour la malade succomba. A l'autopsie, on trouva que la matrice était moins revenue sur elle-même que ne le comportait le temps écoulé depuis l'accouchement; sa surface interne était tapissée d'un enduit d'un brun sale, mais son tissu était sain. La vessie était distendue par une énorme quantité d'urine et remontait jusqu'à l'ombilic, sans doute parce que l'inflammation de la symphyse pubienne avait gagné le col de l'urètre. Le sacrum était mobile entre les deux os iliaques; il existait du pus dans les trois articulations pelviennes, surtout dans celle du sacrum avec l'os iliaque droit. Le canal intestinal était sain, mais distendu par des gaz; tous les autres organes étaient dans l'état normal.

M. Hayn a observé trois autres cas du même genre qui se sont terminés heureusement. Dans tous l'accouchement avait été facile, il en conclut que la maladie dépendait bien plutôt d'une disposition individuelle que du travail de la parturition.

Blessure du fœtus dans la matrice. — M. Schnuhr établit par des exemples empruntés à un grand nombre d'auteurs que les corps vulnérans qui agissent sur le bas-ventre d'une femme enceinte peuvent étendre leur action jusque sur le fœtus lui-même, malgré l'épaisseur des parties qui le recouvrent, et les eaux de l'amnios au milieu des quelles il est suspendu. Les blessures qu'il reçoit de cette manière déterminent la mort ou sont susceptibles de guérison, suivant leur gravité. A l'appui de son opinion, M. Schnuhr cite le fait suivant : Une femme forte et robuste, âgée de 38 ans, enceinte de huit mois, fit un effort vigoureux pour lever un baquet plein de linge mouillé; elle glissa sur le sol humide et tomba avec sa charge; le pubis et les parties molles situées immédiatement au dessus portèrent violemment sur les bords du baquet. Aussitôt un flot de sang s'échappa par le vagin, et la blessée perdit connaissance; des applications froides sur les parties génitales arrêtèrent l'hémorrhagie, mais les mouvemens de l'enfant, jusque là fréquens, cessèrent de se faire sentir. Ils se manifestèrent de nouveau au bout de huit jours; la santé de la mère se rétablit, elle accoucha à terme, et donna le jour à une petite fille bien constituée. L'enfant avait 18 pouces (prussiens) de longueur, et pesait six livres; le diamètre transversal de la tête était de 3 1/4 pouces, l'antéro-postérieur de 4 1/4 pouces. Sur le frontal, à droite, il existait une dépression d'environ deux pouces de diamètre, et dans laquelle on aurait caché le pouce. Les mesures données ci-dessus, et la bonne conformation de la mère, qui avait déjà eu plusieurs enfans plus volumineux, ne permettent pas de croire que cette dépression ait été opérée pendant le travail; et, quoique la peau qui la recouvrait n'offrît aucune trace de lésion, M. Schnuhr n'hésita pas à l'attribuer à la chute faite par la mère. Trois mois après la naissance, elle avait presque complétement disparu.

Cure radicale du varicocèle. — M. le profes- Wurzer a opéré la cure radicale du varicocèle par la ligature et l'ablation des veines variqueuses; le professeur Fricke regarde cette opération comme délicate et périlleuse. Il blâme également la méthode proposée par M. Breschet. « Ce procédé, dit-il, est long et douloureux; la compression, quand elle est assez forte, détermine des excoriations et même des eschares qui forcent à l'interrompre et à retarder le résultat qu'on espère. » Voici le moyen qu'il a déjà fait connaître dans un des numéros précédens de ce journal, et auquel il vient de recourir une seconde fois avec succès. « Je pris, continue-t-il, une aiguille à coudre ordinaire, de forme convenable, j'embrassai avec la main gauche une partie du scrotum, de manière à saisir entre mes doigts une des veines dilatées; j'enfonçai l'aiguille au travers du scrotum et de la veine, et je la fis revenir du côté opposé également au travers des tégumens et des parois du vaisseau; puis je coupai le fil en lui laissant assez de longueur pour pouvoir le nouer sur la portion de peau sous-jacente qui, lorsque j'eus abandonné le scrotum à lui-même, se trouva d'environ trois travers de doigt. Je répétai la même opération sur deux autres veines variqueuses; elle fut promptement achevée et si peu douloureuse que le malade se tint debout devant moi. Je n'employai aucun bandage, et me contentai de soutenir les bourses dans la position horizontale à l'aide d'un coussinet. » Le lendemain il survint du gonflement accompagné de rougeur et de sensibilité du testicule; on retira le fil, la tumé-

faction disparut par degrés ; et, le vingt-unième jour, les trois veines étaient transformées en cordons assez fermes, mais indolens.

Le docteur Grosshein a opéré de la même manière, et a obtenu le même succès.

Bains de vapeurs alcooliques. Dès la première moitié du dix-septième siècle, les bains de vapeurs alcooliques étaient considérés comme un moyen puissant contre les paralysies et les autres affections chroniques ; c'est ce que prouve le passage suivant, extrait du livre de Neucrantz : *De purpurâ* (1648). *De nos jours s'est répandu l'usage du bain de vapeur ci-après, dont les malades se trouvent fort bien dans les paralysies, le scorbut et les autres affections froides, tellement qu'il est à peine possible de trouver une médication qui, appliquée à l'extérieur, agisse plus efficacement sur les humeurs froides et séreuses, et qui en détermine plus puissamment l'évacuation par les pores de la peau.* On fabrique, avec des planches parfaitement jointes, une caisse cubique dont la paroi supérieure est percée d'un trou par lequel le malade passe la tête pour respirer librement ; on y place un siége et un escabeau pour soutenir les pieds ; à la partie inférieure, près du plancher, existe de chaque côté une fenêtre d'un palme et demi (le palme est de huit pouces). Au moyen de ces ouvertures, on introduit dans la caisse deux soucoupes contenant chacune cinq ou six cuillerées d'esprit de vin, auquel on met le feu avec une chandelle ou un morceau de papier ; après quoi on ferme avec soin la fenêtre. Dès que l'alcool est tout consumé, on en verse de nouveau qu'on enflamme de la même manière, et l'on répète l'opération jusqu'à ce qu'on juge que les sueurs ont été assez abondantes. Il faut toujours bien prendre garde que le malade ne se refroidisse si la flamme est peu intense, ou qu'il ne soit brûlé si la chaleur est trop vive, où qu'une transpiration excessive ne le fasse tomber en syncope. »

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Baltimore medical and surgical journal.

Janvier 1834.

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Observations de pneumonie bilieuse;* par Nathanaël Potter. 2° *Observations sur la pathologie de la fièvre;* par John Harrison. 3° *Observations sur la mort causée par l'ingestion d'eau froide, le corps étant en sueur;* par Tolifree. 4° *Observations sur la pathologie et sur la thérapeutique de l'asthme;* par le professeur Geddings. 5° *Tumeur extraordinaire de la région occipitale;* par le docteur Bennett. 6° *Observations sur quelques unes des causes de l'hémorrhagie secondaire;* par le professeur Smith. 7° *Instrument pour l'extraction des corps étrangers introduits dans le gosier;* par le docteur Tolifree. 8° *Contributions pathologiques;* par le professeur Thomas. 9° *Plomb (à tirer) rendu par les voies urinaires;* par le docteur Watson.

Observations sur la mort causée par l'ingestion d'eau froide, le corps étant en sueur. — Le terrible phénomène dont M. Tolifree recherche la cause n'est pas commun sous nos latitudes moyennes ; il est plus fréquent dans les régions et aux époques où la température s'élève à quatre-vingt-six degrés (thermomètre de Fahrenheit) et au dessus. Les travailleurs, qui, après un exercice violent au soleil, ont l'imprudence de boire une grande quantité d'eau froide, sont frappés immédiatement de vertige, de trouble dans la vue ; ils chancellent et tombent ; leur pouls est dur et irrégulier, leur respiration laborieuse, leurs extrémités glacées ; leur estomac est le siége de douleurs atroces. Ils se débattent contre la mort « comme Laocoon contre les serpens de Ténédos ; » la lutte est horrible, et en quelques minutes elle est terminée. Les stimulans, suivant les uns ; le laudanum, selon les autres, sont des remèdes héroïques, pourvu qu'ils soient appliqués à temps. M. Tolifree attribue cette mort foudroyante à la rapidité de l'absorption du liquide déposé dans l'estomac, et à l'abaissement brusque de la température du sang. N'est-ce pas là une espèce de choléra ?

Observations sur quelques unes des causes des hémorrhagies consécutives. — C'est un principe admis en pathologie, que l'irritation, quelle qu'en soit la cause, détermine l'afflux du sang dans le point où elle a son siége : ainsi, toute circonstance qui excite les vaisseaux béans à la surface d'une plaie peut amener l'hémorrhagie. Parmi ces circonstances, M. Smith range les sutures, les emplâtres agglutinatifs, les caillots, les agens de compression immédiate employés précisément dans le but d'arrêter une hémorrhagie antécédente, les corps étrangers, la pression des parties saignantes contre le bord tranchant d'un os scié. Nous regrettons de ne pouvoir citer quelques uns des exemples qu'il rapporte de l'action de ces diverses causes. Il s'élève surtout contre l'application de compresses, soutenues par un bandage très serré, sur de larges surfaces ; quand la compression est exercée dans un espace très limité, seulement sur le vaisseau qui fournit le sang, la constriction la plus légère suffit pour en arrêter l'écoulement. Il appelle surtout l'attention des praticiens sur les hémorrhagies provenant des artères sous-cutanées, qui, situées au milieu d'un tissu cellulaire très dense, ne peuvent se rétracter et cacher leur orifice, comme les vaisseaux placés plus profondément. C'est sur ces artères, très voisines de la peau, que s'exerce l'action irritante des sutures, des emplâtres, de la compression, etc.

Instrument pour extraire du pharynx les corps étrangers. — L'instrument de M. Tolifree se compose, 1° d'une canule en gomme élastique, moins grosse qu'une sonde œsophagienne, ouverte par les deux extrémités, et taillée en biseau vers l'une des deux ouvertures, laquelle est garnie d'un anneau en métal, supportant cinq ou six ressorts à peu près en forme de points d'interrogation (?), disposés circulaire-

ment autour de la canule ; 2° d'un mandrin solide, mais flexible, dont l'extrémité inférieure est fixée au centre de la surface intérieure d'une espèce de dé à coudre, en caoutchouc, aussi garni, également à l'intérieur, de deux ou trois anneaux de métal. Quand l'instrument est fermé, ces anneaux appliquent les ressorts contre la canule. Quand l'extrémité inférieure de la canule, où se trouve ce petit appareil, est parvenue au dessous du corps étranger, on pousse, à l'aide du mandrin, le dé, qui comprime les ressorts ; ceux-ci s'écartent d'eux-mêmes, et en retirant l'instrument on accroche le corps étranger.

Contributions pathologiques, etc. — M. le professeur Thomas rapporte plusieurs observations de maladies cérébrales. Il note, sans toutefois s'y appesantir, ce fait, dont il rapporte deux exemples : que, dans le cas d'abcès de la périphérie de l'encéphale, il se forme quelquefois un abcès secondaire dans le point correspondant des tégumens du crâne. Dans ces cas, le périoste et la dure-mère sont altérés ; mais il ne paraît pas que l'os lui-même soit malade.

JOURNAUX ITALIENS.

ANTOLOGIA MEDICA.

MALADIE BLEUE.

Ire *Observation*, par le docteur V. L. Brera.

« A Venise, vivent deux époux, mariés en « 1824, bien constitués et jouissant de la meil- « leure santé.

« Le mari occupe une place importante dans « la direction impériale et royale des postes ; je « le connais depuis dix ans pour un homme de « la conduite la plus régulière qui le préserve « sans doute de toute maladie. La femme offre « depuis le même temps, et encore à présent, « tous les traits d'une parfaite santé ; l'un et « l'autre sont à la fleur de l'âge. En 1825, na- « quit à Padoue le premier fruit de leur union. « C'était un garçon qui s'annonçait pour devoir « ne le céder en rien à ses parens en fraîcheur « et en bonne constitution. Il se montra assez « bien portant et vigoureux jusqu'au dix-sep- « tième jour de sa naissance ; à cette époque, il « perdit tout d'un coup la force de téter et « devint froid et pâle. Le dix-huitième jour, on « le trouva tout changé ; il était défiguré et « comme tombé en consomption, ayant les « doigts et les orteils d'une teinte bleue. Le « dix-neuvième jour, la couleur bleue s'étendit « sur toute la surface du corps, et en quelques « heures l'enfant fut frappé d'une stupeur si « profonde, qu'il ne donnait d'autre signe de « vie que la difficulté de respirer, et, en effet, « il mourut le lendemain.

« L'année suivante (1826), ce fut encore à « Padoue qu'ils eurent un second fils, qui vint « d'abord à merveille, et mourut par la suite, « autant qu'on a pu le savoir par les renseig- « nemens d'une fièvre nerveuse, à l'âge de « trois ans. De retour à Venise, ils eurent, « dans les années 1828, 1829, 1830, 1832 et 1833, « cinq filles qui vinrent au monde avec les plus « belles apparences de viabilité, et pourtant « moururent bientôt de la même maladie que « le premier né, savoir : la première fille, le « quinzième jour de sa naissance ; la seconde, « le vingtième jour ; la troisième, le vingt- « sixième jour ; la quatrième, le dix-huitième « jour ; et la cinquième, le dixième jour. J'a- « vais visité la mère durant toute sa dernière « grossesse qui ne fut pas troublée par le plus « petit accident ; seulement, comme cette « femme était très forte et pléthorique, je l'a- « vais fait saigner plutôt par précaution que « pour aucune incommodité notable. L'accou- « chement fut heureux, et l'enfant était, à en « juger par les apparences, bien portante et « bien organisée ; mais, au huitième jour de sa « naissance, la petite fille qui jusqu'alors tétait « avec avidité, refusa le mamelon, tomba tout « d'un coup dans l'assoupissement, faisant en- « tendre de temps en temps quelques cris, et « eut le lendemain tout le corps d'un froid « glacial, et entièrement de couleur bleue, on « l'aurait crue asphyxiée, sans quelques sou- « pirs qu'elle poussait de loin en loin. Elle « mourut ce jour-là dans ce triste état.

« Nous ferons remarquer que cette petite fut « purgée à notre satisfaction avec le sirop de « rhubarbe et la magnésie au moment de sa « naissance, qu'elle fut ensuite allaitée par « une excellente nourrice, et que, dès qu'elle « commença à refuser le mamelon, on lui fit « prendre des bains chauds aromatiques ; qu'on « lui pratiqua sur la colonne vertébrale des fic- « tions spiritueuses et aromatiques ; on appli- « qua des épithèmes de même qualité ; le corps « fut enveloppé dans des langes de laine im- « prégnés d'aromates ; on donna du camphre à « plusieurs reprises et du vin de Chypre par « petites cuillerées. Tout fut inutile, et même « cette enfant qui avait reçu le plus de soin, « fut celle qui périt le plus promptement.

« Je voulus en faire l'autopsie pour vérifier « la communication que je présumais exister en- « tre la cavité droite et la cavité gauche du « cœur, et aussi pour adoucir les regrets des « parens imbus de l'idée qu'on avait omis « quelque moyen de guérison. L'illustre doc- « teur Cortèse, chirurgien provincial de sa « majesté impériale et royale, non moins dis- « tingué par son savoir que par ses belles ma- « nières, voulut bien se rendre à mon invita- « tion. Nous trouvâmes effectivement le trou « ovale à moitié ouvert, le poumon et l'aorte « gorgés d'un sang noir coagulé, le foie dans « le même état, et un léger suintement sanguin « dans le bassin et à l'intérieur de quelques « anses de l'intestin grêle. »

IIe *Observation*, par le docteur Berndt, conseiller, professeur de médecine-pratique à l'Université royale de Greifswald.

M. et madame F....., sont sujets à quelques incommodités du bas-ventre qui les obligent parfois à se soumettre au régime. Le mari a des varices aux jambes ; du reste, on peut dire qu'ils se portent bien habituellement et sont d'une bonne constitution. Il n'y a pas d'exemple que dans leur famille quelqu'un ait éprouvé une maladie du cœur. De leurs cinq enfans, les deux derniers ont eu à différentes fois des co-

liques, des spasmes et des convulsions, qu'on a fait cesser promptement, quoique graves, parce qu'ils provenaient de l'altération du lait de leur mère, d'un caractère violent et d'une humeur facile à s'aigrir par le tracas du ménage. Pour obvier à ces accidens, on conseilla à cette dame de ne plus entreprendre d'allaiter les enfans qu'elle pourra encore avoir, et de les donner à une autre nourrice. Dans cette disposition, madame met au monde une fille, le 12 février 1832. L'accouchement fut aussi heureux que les précédens; l'enfant parut bien conformée et robuste, à en juger par la force de ses cris.

Cependant, dès les premiers jours de sa naissance cette petite fille commença à prendre une légère teinte bleue à toute la surface du corps, et eut la respiration un peu gênée. La mère s'abstint de lui donner à téter, et on se mit à nourrir l'enfant avec le plus grand soin, en attendant qu'on se fût procuré une nourrice, qui ne lui donna le sein qu'après la maladie que nous allons décrire, et qui dura dix jours.

Premier jour. — Commencement de teinte bleue à la surface du corps, respiration un peu gênée, tension de l'abdomen, évacuation verdâtre, ventuosités fréquentes, agitation et contraction des cuisses.

A prendre d'heure en heure une cuillerée à café d'une mixture composée de trois gros de magnésie, six grains de safran oriental, six gros d'eau de fenouil et de sirop de rhubarbe; trois fois par jour, embrocation huileuse et balsamique sur le ventre, et dans les momens de plus grande agitation, un simple lavement de camomille.

Deuxième et troisième jour. — Amendement sans disparition des symptômes. L'enfant aurait été assez bien pour être confié à la nourrice qu'on attendait.

Quatrième jour. — Tous les symptômes s'exaspèrent; la petite malade est très agitée vers le soir et dans la nuit; plusieurs lavemens de camomille et un bain chaud lui procurent quelque soulagement.

Cinquième jour. — Le matin, non seulement les convulsions reparurent, mais toute la surface du corps prit une couleur bleue. Les lèvres, la langue et les ongles étaient bleus. L'enfant se plaignait sans cesse, pliait et allongeait les cuisses, et on remarqua que la couleur bleue de la face devenait plus vive pendant ces mouvemens. De temps en temps, l'un ou l'autre coin de la bouche était tiré en dehors, et pendant le sommeil, il survenait des mouvemens convulsifs. Le bas-ventre était tendu et douloureux sous la pression de la main; la température du corps n'était ni élevée ni abaissée; le pouls petit et déprimé, sans être trop fréquent, correspondait aux mouvemens du cœur; la respiration courte et parfois suspirieuse; la voix faible et les cris étaient plaintifs. Néanmoins les alimens légers et mucilagineux, l'enfant les avalait avec avidité.

Le médecin admet un spasme de l'estomac qui dérange la digestion et aggrave l'ictère bleu, sans suffire pour causer cette dernière maladie, qu'il attribue au passage du sang veineux dans les artères. D'après cette théorie, il s'attache à combattre, quoiqu'avec peu d'espoir, cette maladie compliquée par les antispasmodiques, dont le musc est le base. Un gros de magnésie, une once d'eau de fenouil, demi-once de gomme arabique, six grains de musc oriental, demi-once de sirop de rhubarbe, à prendre par cuillerée à café toutes les demi-heures. De plus, deux bains chauds et deux lavemens, avec quelques grains d'assa-fœtida dans la journée. Pour nourriture, du bouillon de pigeon, dans lequel on délayera un peu de biscuit pulvérisé.

Le soir, il n'y eut pas de changement notable.

Cinquième jour. — Le matin, l'état a sensiblement empiré. La malade a passé la plus grande partie de la nuit dans un assoupissement quelquefois interrompu par des gémissemens. Couleur bleue plus foncée, pouls plus faible et plus difficile à sentir, sans être plus fréquent; mouvement convulsif des lèvres et tiraillemens du corps plus piquans; chaleur diminuée; extrémités plus bleues et plus froides qu'auparavant, et, quoique la malade ait encore perdu de ses forces, les évacuations alvines qui ont eu lieu pendant la nuit sont moins verdâtres et moins liquides.

On se hâta de relever les forces en faisant avaler un grain de musc et six grains de sucre pendant six heures consécutives; on fit prendre trois bains chauds aromatisés; on donna deux lavemens d'assa-fœtida outre le bouillon de pigeon; on fit boire une demi-cuillerée à café de vin chaud.

Sixième jour. — L'état est à peu près le même. Le musc a été donné dans la nuit, et on en continue l'administration. Le soir, l'enfant en a déjà pris vingt-six grains, et s'en trouve fort bien. Il ouvre souvent les yeux; a plus de chaleur à la peau, de force dans le pouls; la respiration plus régulière, le sommeil plus paisible, et ses selles sont plus naturelles. Malgré toutes ces belles apparences, la couleur bleue demeure également foncée. On ne donne plus de poudre antispasmodique que toutes les trois heures durant la nuit.

Septième jour. — La diminution de la couleur bleue ne permet plus de douter du mieux général. On augmente la nourriture, en diminuant les petites cuillerées de vin. On ne donne un grain de musc que toutes les quatre heures, et on fait prendre deux bains aromatiques.

Le soir, on prescrit un lavement avec une légère infusion de camomille et l'huile pour entretenir le ventre libre.

Huitième jour. — La couleur bleue n'a plus d'intensité que sur les parties de la peau les plus délicates, telles que les lèvres et les ongles; pour prévenir la constipation, on donna plusieurs fois une cuillerée à café d'une mixture composée d'un gros de magnésie, d'un gros de teinture de rhubarbe, d'une once d'eau de fenouil et de sirop de rhubarbe, et ce qui reste de musc, de sorte que l'enfant en prit trente-six grains dans le courant de sa maladie.

Neuvième jour. — Encore moins de couleur bleue à la peau. Suppression de l'usage du musc, deux bains aromatiques, continuation de la mixture laxative.

Dixième jour. — Il ne reste plus de couleur bleue qu'aux lèvres, qui devinrent vermeilles le 3 mars. Alors, on confia l'enfant à une nour-

rice, qui l'allaita parfaitement. Cette petite résista à la grippe, dont elle fut atteinte l'été suivant, devint forte, et ne conserva aucune trace de la maladie bleue.

Tous les médecins savent comme le docteur Berndt, que les enfans sont sujets, dès les premiers jours de leur naissance, à des maladies aiguës qui marchent d'un pas très rapide, mais tous ne connaissent pas assez bien la force vitale des nouveau-nés pour oser attaquer leurs maladies par des remèdes aussi actifs et aussi bien calculés.

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

PRIX PROPOSÉ.

La Société royale de médecine de Marseille propose, pour sujet de prix à décerner en 1835, la question suivante :

1° Faire l'histoire des rétrécissemens organiques de l'urètre et des maladies qu'ils produisent ;

2° Indiquer, dans l'état actuel de la science, le mode le plus efficace de leur traitement.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 300 francs. Les mémoires écrits en français ou en latin, devront être adressés dans les formes académiques, et avant le 1er septembre prochain, à M. Eugène Mathieu, secrétaire-général de la Société, place Monthyon, n° 28, à Marseille.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

L'arrêté suivant a été pris par la Faculté, au sujet du cinquième examen :

Art. 1er. Le cinquième examen n'aura lieu que les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Art. 2. En exécution du réglement du conseil royal de l'instruction publique, en date du 26 août 1834, cet examen se composera :

1° D'une question à laquelle les candidats répondront par écrit et en latin, conformément à l'art. 6 de la loi du 19 ventôse an XI ;

2° D'un examen d'un ou plusieurs malades ;

3° D'un examen oral.

Art. 3. La question à traiter par écrit sera donnée à sept heures en été, et à sept heures et demie en hiver.

Art. 4. L'examen pratique commencera à huit heures du matin en été, et à huit heures et demie en hiver. Huit malades, choisis autant que possible parmi ceux *qui se rendent à la consultation*, seront présentés aux quatre candidats, qui les interrogeront et les examineront en présence du jury et du public.

Art. 5. Dans cet examen, chaque candidat explorera un ou plusieurs de ces malades, sans qu'il puisse disposer pour cela de plus de quinze minutes.

Art. 6. Quatre des malades indiqués par le jury seront atteints de maladies dites internes, trois de maladies chirurgicales ; le huitième, autant que possible, sera choisi parmi les femmes enceintes ou accouchées, ou parmi les enfans nouveau-nés.

Art. 7. L'examen oral commencera à neuf heures en été et à neuf heures et demie en hiver, et ne durera pas moins d'une heure.

Les élèves pourront être interrogés sur la composition écrite, sur les malades examinés, et sur tout autre point de la science.

Art. 8. La disposition de l'arrêté du conseil royal, en date du 22 octobre 1825, qui prescrivait la rédaction de six observations, est abrogée.

M. Orfila s'occupe d'organiser aussi un examen pratique semblable dans les facultés de Montpellier et de Strasbourg ; et déjà ces écoles ont été consultées, non sur la convenance de cette innovation qui, ne saurait être qu'universellement accueillie, mais sur les moyens d'exécution.

Hôpital Saint-Louis. — Soupes à la gélatine.

D'après des renseignemens fournis par M. de Blainville, agent de l'hôpital Saint-Louis, depuis le 9 octobre 1829 jusqu'au 9 octobre 1834 (cinq ans), l'appareil à la gélatine n'a pas cessé un seul instant de fonctionner.

Il a été distribué, savoir :

A 32,897 malades, 1,226,810 portions de soupe à la gélatine.

A 393 infirmiers, gens de service, etc., 292,210 *idem*.

Et à 12,800 personnes indigentes envoyées par le bureau de bienfaisance, 12,800 *idem*.

A raison d'un demi-litre par portion.

Le litre de bouillon à la gélatine revient, tout compris, à 18 centimes 3 millièmes, moitié moins que celui de la Compagnie hollandaise par abonnement.

Empoisonnement par le sublimé.

Un empoisonnement par le sublimé corrosif qui a eu lieu à Bruxelles, a présenté les circonstances suivantes.

M. le docteur Seutin prescrit, pour l'enfant d'un de ses amis, la formule ci-après :

Muriat. hydrarg. gr. iij.

Ce que l'on peut traduire par ces mots : *Muriate de mercure*, 3 grains. Le pharmacien met dans un paquet non étiqueté 3 grains de sublimé corrosif, les porte chez le malade et les remet au docteur Seutin lui-même sans lui faire la moindre observation. Celui-ci délaye la poudre dans un peu de sirop de gomme et d'eau et la fait avaler à l'enfant, qui bientôt après présente les symptômes les plus alarmans, et meurt malgré tous les secours de l'art. Des poursuites judiciaires ont eu lieu contre le docteur Seutin, et le tribunal de Bruxelles a déclaré qu'il n'y avait pas lieu à accusation. Sur l'appel de M. le procureur du roi, l'affaire a été renvoyée au tribunal de Louvain.

Murias hydrargyri, ou muriate de mercure, quoique synonyme de mercure doux dans plusieurs pharmacopées, ne signifie que chlorure

de mercure dans la pharmacopée française : le codex de Paris donne au *mercure doux* le nom de *murias mercurii dulcis* et au *sublimé corrosif* celui de *murias mercurii suboxigenatus*. Il y avait donc doute : dans le doute, le pharmacien ne devait point livrer si simplement un si terrible poison.

Nous consignons à dessein ces tristes accidens.

—

Hôpital de la Faculté de médecine de Paris.

La réédification de l'hôpital de la Faculté est achevée. La façade de cet hôpital donne à présent sur la place, à l'opposite de l'Ecole, et remplace la fontaine que M. Chaptal y avait fait établir en 1809. Le vestibule extérieur, formé par la belle colonnade qui masquait la fontaine, est décoré d'un socle de marbre, sur lequel doit être posé le buste d'Esculape.

Ceux de nos lecteurs qui connaissent l'ancien hospice Saint-Cosme seraient, aujourd'hui, émerveillés d'entrer par ce beau vestibule, de pénétrer dans une cour transformée en jardin, et entourée de galeries qui offriront aux malades, dans les jours pluvieux, de longues et agréables promenades.

Au rez-de-chaussée, sont les bureaux de l'Administration, les bains, la lingerie, la cuisine, la pharmacie, la salle d'autopsie.

De superbes escaliers conduisent aux salles du premier étage qui pourront contenir 140 lits, 90 de plus que l'ancien hospice. C'est le seul étage de la maison. Dans les corridors, se trouveront les bustes de Corvisart, de Decault, de Pinel, de Pelletan, de Dubois, de Boyer, et de tous les hommes qui ont honoré la Faculté de Paris.

Le service a trois divisions, la clinique médicale, la clinique chirurgicale et la clinique d'accouchemens, confiées à MM. Rostan, J. Cloquet, Paul Dubois.

La moitié de l'ancien jardin de l'Ecole a été achetée par la ville pour la continuation de la rue Racine.

Le nouvel édifice a coûté 700,000 fr.; outre le mobilier qui est de 150,000 fr. Ces 850,000 f. ont été fournis en partie par la ville qui a payé 310,000 fr. la portion du jardin dont elle avait besoin pour la continuation de la rue Racine; le ministère de l'Instruction publique a fourni le reste.

—

L'abondance des matières nous force de renvoyer au numéro prochain le compte rendu des Académies.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

NOTA. Cette planche est la même que la planche XIV, seulement ici le sac de la hernie crurale a été ouvert, afin de voir quels étaient les organes qui formaient la descente et comment ils étaient arrangés entre eux.

La section du sac a été prolongée en haut de quelques doigts au dessus du ligament de Poupart, jusque dans la cavité du ventre.

PL. XVI. — HERNIE CRURALE OUVERTE.

Indication des parties.

A, la saillie de la hanche droite; *B*, le côté droit du ventre; *C*, le voisinage de l'ombilic; *D*, *E*, la ligne blanche; *F*, le pénis dénudé; *G*, le cordon spermatique; *H*, *I*, *K*, *L*, le dedans, le devant et le dehors de la cuisse droite; *M*, *N*, *O*, *O*, l'aponévrose *fascia lata* au devant des muscles superficiels de la cuisse; *P*, la même aponévrose au devant des muscles pectiné et moyen adducteur.

a, *b*, *b*, *b*, *c*, ligne courbée représentant l'arcade crurale; *a*, ou l'épine iliaque; *c*, ou l'épine pubienne, sont les deux extrémités de cette arcade; *d*, *d*, *d*, *d*, *d*, *d*, *d*, *d*, membrane lisse qui formait la surface intérieure du sac herniaire et qui se continue évidemment avec le péritoine abdominal; *e*, *e*, *e*, *e*, *e*, anses de l'intestin grêle descendues du ventre dans le sac et constituant proprement la hernie; *f*, *f*, portion graisseuse de l'épiploon; *g*, *h*, veine et artère épigastriques.

—

3° *Hernie crurale étranglée, engouée; herniotomie* (1).

Quand une ou plusieurs des anses intestinales *descendues* dans l'espace du canal crural, n'ont pu, par tous les moyens possibles, être repoussées dans la cavité du ventre et se trouvent serrées de manière ou d'autre, au point que les matières intestinales ne puissent suivre leur cours, et qu'il y ait altération imminente ou déjà commencée de tissu même de l'intestin dans le lieu d'adstriction, on dit que la hernie est *étranglée*. Si les matières fécales s'étaient arrêtées et empêchaient l'abord des matières dans la portion herniée de l'intestin, sans qu'il y eût serrement ni étreinte du canal lui-même par quelque anneau ou collet de sac, la hernie ne serait plus dite étranglée mais seulement *engouée*. Tels sont le langage et la distinction que l'usage a établis : langage inexact et distinction subtile, dont la pratique ne fait et ne doit pas faire grand cas, puisque l'engouement obstiné a les mêmes suites et les mêmes dangers que l'étranglement, ne manque presque jamais de le produire, et ne se guérit, comme lui, que par l'opération sanglante.

A toute hernie étranglée ou engouée, dont la réduction n'a pu s'obtenir par la position, la compression, le taxis, et les *médications*, il n'y a plus, en effet, qu'un seul remède, c'est l'opération instrumentale. Mais avant de procéder à quelque chose d'aussi grave et d'aussi délicat que la *herniotomie*, tout chirurgien honnête, au lieu de se précipiter sur l'opération, ne craindra pas, sans doute, de perdre quelques instans à se recueillir; à rappeler à lui toute sa science, tout son sang-froid, toute sa logique; à repasser tous les motifs de sa détermination; à revoir une dernière fois les élémens d'une sentence dont il va être lui-même l'exécuteur responsable.

Est-ce bien là une hernie, une hernie étran-

(1) Voyez la deuxième livraison de la 2e année, octobre 1834, pl. XIV, pag. 6[illegible].

glée? Est-il temps d'opérer? Le détail des accidens possibles ou probables est-il suffisamment prévu? Une fois l'opération faite, par quelle voie conduire le malade? comment le protéger contre les rechutes, le préserver de récidive?

Signes et symptômes de l'étranglement crural. — La tumeur dans l'aine, dit Pott, la douleur, non seulement dans cette partie, mais encore dans toute l'étendue du ventre, et qui donne naissance à l'anxiété, aux envies de vomir, à la suppression des selles et à un certain degré de fièvre : tels sont les premiers phénomènes qui se manifestent et qui ne tardent pas à devenir plus graves. Bientôt après l'anxiété devient plus fatigante, le vomissement plus fréquent, la douleur plus vive, la tension du ventre plus considérable, la fièvre plus forte, et le malade éprouve un trouble général et insupportable. Lorsqu'il est dans cet état, le plus petit délai est funeste, et si l'on n'administre pas aussitôt l'unique remède dont le mal soit susceptible, il résistera communément à tout autre secours que l'on voudra tenter. Si l'on ne pratique pas l'opération dans ces circonstances urgentes, le vomissement se convertit bientôt en un hoquet continuel et des vomissemens de matière bilieuse; la tension du ventre, l'agitation et la fièvre augmentent considérablement en quelques heures. Ensuite le malade paraît passer tout à coup à un état parfait de tranquillité; son ventre s'affaisse; son pouls, de dur, plein et fréquent qu'il était auparavant, devient petit, languissant, et pour l'ordinaire intermittent; sa peau, surtout celle des membres, devient froide et humide; les yeux ont un air de faiblesse et de langueur qu'il n'est point aisé de décrire. La tumeur disparaît, et la peau qui la recouvre, perdant la couleur naturelle, prend peu à peu une teinte livide, paraît emphysémateuse au toucher, et fait entendre, lorsqu'on la palpe, un petit bruit, qui sera plus aisément conçu par tous ceux qui y ont fait attention, qu'il n'est facile de le rendre par des paroles; ce petit bruit (*crepitus*) est un signe trop certain de la gangrène qui existe déjà dans la partie. En cet état, l'intestin rentre spontanément dans la partie, ou bien on en opère la réduction par la plus petite pression; il se fait une évacuation par le fondement, et le malade se félicite beaucoup du soulagement qu'il éprouve. Mais son soulagement n'est pas de longue durée : car il expire bientôt au milieu des hoquets et des sueurs froides, qui continuent et augmentent, et auxquelles se joignent les spasmes, les soubresauts et les convulsions.

Tels sont les signes de l'étranglement herniaire; ces signes ne sont pourtant pas si certains, si exclusifs, que toute méprise soit impossible. Loin de là, il est arrivé aux hommes les plus instruits de croire à un étranglement qui n'existait pas, et de ne rien faire contre un étranglement réel qu'ils n'avaient pas reconnu. « Sur l'avis de deux consultans, et contre son opinion, Pott se décide à opérer un jeune homme dont la hernie semblait étranglée. Point de lésion à l'ouverture du sac. Le malade meurt d'une péritonite intense. »

Bien plus nouvellement, en 1828, une entérite intense, accompagnée de coliques, de nausées, de vomissement, de constipation, en imposa à M. Earle pour un étranglement. L'opération fut inutile, et la vraie maladie ne fut reconnue qu'à l'ouverture du corps. Le sac d'une hernie irréductible peut s'enflammer; le sac d'une hernie réduite peut s'enflammer aussi, se fermer du côté du ventre, se remplir de liquide purulent ou autre, se tuméfier et simuler l'étranglement. Certaines tumeurs lymphatiques hydatidiques, graisseuses, etc., peuvent aussi donner le change. Les étranglemens internes, les invaginations et les *volvulus* de l'intestin; les obstacles aux cours des matières, causés par un amas de ces matières desséchées, agglutinées entre elles et à la surface de la muqueuse, par la présence de quelque corps étranger et indigestible; toutes ces maladies, qui atteignent de préférence les personnes incommodées de hernies, peuvent évidemment porter l'incertitude dans l'esprit de l'homme le plus habile, embarrasser et fausser même son diagnostic. Enfin, on peut prendre une hernie crurale pour une inguinale et réciproquement.

Quand est-ce qu'il faut procéder à l'opération. L'homme de l'art, appelé auprès d'un malade atteint d'étranglement, doit surtout être convaincu du danger qu'il y aurait à consumer le temps dans des manœuvres d'une utilité contestable et d'un résultat douteux. S'il y a hernie, si la hernie est réellement et fortement étranglée, le cours du sang et des matières étant interrompu, pendant que le chirurgien temporisera, tâtonnera, l'altération de l'intestin, sa gangrène, auront bientôt rendu toute opération inutile ou impossible. Il ne faut, dans certains cas, suivant M. Larrey (Mémoires de chirurgie militaire), que deux heures d'étranglement pour produire la gangrène. Je conviens qu'il est difficile de préciser d'une manière exacte l'époque à laquelle il faut abandonner les autres moyens pour ne plus penser qu'à l'opération; que tous les préceptes qu'on pourrait donner à cet égard doivent être très généraux et sujets à exceptions; mais il faudrait que chacun reconnût comme principe incontestable: qu'il vaut mieux opérer trop tôt que trop tard.

« A l'époque où j'écris, dit M. Hey (*practical observations in surgery*), j'ai pratiqué cette opération trente-cinq fois au moins; souvent je n'y ai eu recours que trop tard, mais jamais je n'ai eu à me reprocher de l'avoir pratiquée trop tôt. Dans quelques cas, les symptômes sont si urgens qu'il ne faut presque pas consacrer de temps à essayer d'obtenir la réduction de la hernie; un retard de quelques heures peut souvent rendre infructueuse l'opération qui, pratiquée à temps, aurait sauvé les jours du malade. » Il ne faut jamais, au reste, qu'un chirurgien se décourage et néglige d'opérer par la raison qu'il a trop attendu, qu'il est trop tard; ou se laisse effrayer par la marche et la gravité des symptômes; car rien de tout cela ne peut contre-indiquer l'opération, et quand même la gangrène se serait déjà déclarée, l'opération est encore pour le malade, la meilleure ou la seule chance de succès.

Opération de la hernie crurale étranglée. — Elle consiste essentiellement dans l'incision de la peau, la dissection des couches placées au devant du sac, l'ouverture de celui-ci, la division du rétrécissement et la réduction des viscères herniés dans la cavité abdominale.

Les praticiens les plus célèbres ne s'accordent pas sur le sens et la longueur de l'*incision de la peau*. Ast. Cooper lui donne la figure d'un Y ou T

renversé, dont la tige commencée un travers de doigt environ au dessus de l'arcade crurale, coupe cette arcade à angle droit et descend au devant d'elle jusqu'au centre de la tumeur; la barre du T se trouve ainsi parallèle à l'arcade, et les lambeaux angulaires qu'elle donne seront relevés tous deux en haut, l'un en dedans, l'autre en dehors. Sabatier conseille de faire une *incision simple et de lui donner une direction qui réponde* à celle de la tumeur. Boyer ne veut non plus qu'une seule incision verticale, à moins que la hernie ne fût trop grosse, et qu'on n'eût de la peine à découvrir le collet de la tumeur. M. Dupuytren fait souvent une incision verticale simple, quelquefois aussi une incision cruciale au devant de la tumeur. Il semble que ce ne soit qu'à l'aspect de la tumeur qu'on puisse se décider sur le sens à donner à l'incision, et qu'elle se trouve devoir être faite, comme le dit M. Velpeau, *à peu près constamment dans la direction de la rainure inguinale.*

Cette première incision met à nu le *fascia superficiel* qui descend de l'arcade et qui n'est que peu séparable de la peau chez les sujets gras. Après que cette lame est divisée, il reste encore au moins un feuillet à diviser, le *feuillet* ou *fascia propre* du péritoine, descendu avec lui et au devant de lui; entre les deux *fascias* peut se trouver beaucoup de graisse, et se trouvent à coup sûr, non la veine saphène elle-même, comme on l'a dit par erreur, mais quelques unes des veines tégumenteuses abdominales, honteuses superficielles, etc., et plusieurs artérioles. La dissection de toutes ces choses n'est pas difficile pour ceux qui ont l'habitude de l'instrument, de la patience et du sang-froid, mais elle est délicate pour tout le monde et doit être faite lentement. En la pratiquant, les vaisseaux notables s'évitent ou se lient sur-le-champ, la surface de l'incision se nettoie au moyen d'une éponge ou linge fin. L'opérateur se tient toujours en garde contre les anomalies possibles. Il paraît que pendant la dissection des feuillets qui se trouvent entre la peau et le sac, il y a lieu à plusieurs erreurs grossières et capitales : qu'on peut prendre l'aponévrose superficielle ou l'aponévrose propre pour le sac lui-même; que d'après cette idée on peut aller jusqu'à pratiquer un débridement illusoire et repousser le sac non ouvert et l'intestin encore étranglé, dans la cavité de l'abdomen.

Une fois en vue du sac, il s'agit de l'ouvrir, et la blessure qu'on lui fera ne doit jamais intéresser l'intestin. Pour cela il faut pincer, dit un écrivain célèbre, une petite partie de ce sac entre ses doigts, et le séparer de la surface de l'intestin. Ou plutôt et plus sûrement, il faut saisir l'un des points saillans du sac avec une excellente pince à disséquer, et lui faire, avec toutes les précautions possibles, une très petite ouverture; introduire par là le bec d'une sonde cannelée et fendre alors hardiment toute la hauteur du sac, depuis son fond jusqu'à son collet.

Examen des viscères étranglés. — Le chirurgien a bientôt vu 1° quels sont les viscères *emprisonnés ;* si c'est l'intestin ou l'épiploon, ou tous les deux ensemble (nous ne voulons pas parler ici des hernies, très rares par l'anneau crural, du foie et de l'estomac, de la vessie, de l'utérus, etc.), et à quel état la maladie a réduit ces organes; s'ils peuvent être réputés sains ou simplement congestionnés, ou bien atteints d'inflammation ou de gangrène; ce qu'ils sont, surtout au niveau de l'étranglement, dans les points qui supportent immédiatement la constriction; s'ils ne sont point déjà percés, ou près de l'être en quelque lieu; s'ils sont adhérens entre eux, ou avec le sac; de quelle manière ils le sont, et par quel moyen. Pour juger de tout cela, il n'a besoin que de se rappeler les caractères anatomiques et physiologiques des organes qu'il a sous les yeux, et il s'aide, d'ailleurs, de l'aspect général, de la couleur et de la nuance, de l'odeur et du toucher, de la température, etc.

A moins qu'ils ne soient tout à fait gangrénés froids, morts; à moins que l'intestin, si c'est lui, ne soit déjà percé, et que sa matière ne se soit épanchée dans le sac, il est évident qu'on doit songer à les faire rentrer dans leur cavité. On doit même tenter, mais avec prudence, de réduire sans débrider, puisqu'il a été souvent possible de faire rentrer les parties contenues dans le sac ouvert sans se servir du bistouri.

Lorsqu'on a affaire à une entéro-épiplocèle, l'épiploon, s'il n'est pas gangrené, doit être réduit aussitôt après l'intestin; s'il était gangrené, il faudrait en exciser sur-le-champ toute la partie malade, lier soigneusement celles de ses artères qu'on a été obligé d'ouvrir et le repousser alors dans l'abdomen, en ayant soin de le conduire le plus haut possible, afin que les adhérences aux environs de la place, ne puissent causer aux malades opérés les incommodités dont parle Gunz : celle par exemple, de ne pouvoir prendre sa position directe et d'être obligés de se tenir le tronc courbé, les cuisses fléchies, etc.

Les intestins sont-ils adhérens entre eux ou au sac, il faut examiner la nature de cette adhérence. « Si elle ne vient, dit Sabatier, que de l'inflammation qui résulte de l'étranglement, si elle n'est causée que par l'humeur visqueuse qui transpire des parties médiocrement enflammées, on la détruit avec le doigt, puis on réduit les intestins et on panse le malade sans réduire les parties fortes. Ce pansement consiste à les couvrir avec des plumasseaux trempés dans un mélange d'huile rosat et d'eau tiède. On mettra par dessus des compresses imbibées du même mélange, et le tout sera soutenu du bandage inguinal. Les accidens cessent aussitôt que l'accident est détruit. Les intestins rentrent peu à peu dans le ventre, ou ils sont entraînés par le ressort du mésentère; et s'ils ne retournent pas en entier dans le lieu qui lui est naturel, il se fait une exfoliation de leur membrane extérieure, et il s'élève de leur surface des bourgeons charnus qui s'unissent aux parties voisines et qui contribuent à la formation de la cicatrice. Ce procédé est bien moins dangereux que celui de séparer les intestins par la voie de la dissection, comme quelques uns le recommandent; ce qui les expose à être blessés. Il est applicable au cas où le volume des intestins est considérable; car, quoique sains et non adhérens, ils ne peuvent être repoussés dans le ventre sans éprouver du froissement et de la contusion, et lorsqu'on parvient à les y retenir, on expose le malade à des douleurs vives qui ne cessent que lorsqu'on laisse sortir de nouveau. »

(Suite et fin à un prochain numéro).

JACQUES LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° V. — JANVIER 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

DYSENTERIE.

Les maladies qui ont la funeste propriété d'attaquer en grand l'espèce humaine, se propagent dans les petites localités exactement comme la dothinentérie. Nous prendrons pour exemple la dysenterie, et successivement le choléra-morbus, la variole, la rougeole, la scarlatine et le croup.

Lorsque la dysenterie sévit dans nos environs, il est rare qu'elle n'ait pas été importée par des journaliers de retour au pays, après avoir fait la moisson dans la Beauce.

Au mois de septembre 1831, un moissonneur revint avec la dysenterie au hameau de la Cailletière, près le bourg de Chahaignes.

Son fils et un enfant son proche voisin furent bientôt atteints, puis une femme après quelques relations avec les malades.

Cette dernière, mère de sept enfans, était encore la seule malade de sa maison, lorsque son mari revint aussi de la Beauce avec la dysenterie. Ce fut pour cette famille un surcroît d'infection. Trois enfans promptement atteints succombèrent. Quatre autres étaient malades lorsque je les visitai.

Le mal s'était étendu à plusieurs familles rapprochées du premier moissonneur.

Plus tard, lorque le hameau eût compté un assez grand nombre de malades, la dysenterie en franchit les limites et sembla se propager par voie médiate indirecte; une habitation séparée de la Cailletière par un vallon et un coteau au revers opposé duquel elle est placée, m'offrit un enfant dysentérique: il n'avait point eu de relations avec les malades du hameau, mais ses parens et ses voisins avaient plusieurs fois circulé d'un lieu dans l'autre.

Le 20 août 1831, le nommé Nirault qui était allé faire la moisson dans les plaines de Chartres, arriva malade dans la commune de Sougé où il demeurait.

Peu de jours après son fils est atteint, puis la femme Brisset; son fils, son mari qui les avaient assistés: la femme Brisset et son fils en moururent. La maladie s'étendit bientôt dans toute la commune de Sougé, et elle fut très meurtrière.

Observation communiquée par le docteur Gendron, de Vendôme.)

Dans les petites localités, on trouve fréquemment la preuve d'une importation, rarement, au contraire, on arrive au premier malade d'une ville.

Vers la fin de 1833, la dysenterie était épidémique à Vendôme; mes recherches pour remonter au premier malade furent infructueuses.

Toutefois le fléau semblait être parti d'une grande et belle caserne, percée de vastes et nombreuses croisées qui s'ouvrent au midi, entourées de larges cours et sur la salubrité de laquelle les doutes naîtraient de préventions injustes.

Le premier bataillon du vingt-unième de ligne y était en garnison depuis plusieurs mois. Quelques militaires eurent la dysenterie au mois de juillet, sans quitter leur quartier; dans le mois suivant leur nombre s'accrut; ils fournirent à l'hôpital de trois à cinq malades par jour, et l'on en compta jusqu'à cinquante à la fois.

Vers la fin d'août l'on fit partir ce bataillon qui fut remplacé par quatre compagnies du deuxième bataillon de ce régiment.

Celles-ci, arrivant de Blois, s'installèrent le 7 septembre: à cette époque, elles n'avaient pas de malades.

Les nouveaux casernés se partagèrent les matelas précédemment employés pour le premier bataillon, et huit jours après, ils fournirent à l'hôpital un grand nombre de dysentériques.

En compulsant les registres de l'aide-major du régiment, je remarquai que lorsqu'un soldat d'une compagnie était atteint, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, plusieurs de ses camarades de chambre étaient pris. De sorte que les dysentériques arrivaient à l'hôpital par séries, un premier malade étant bientôt suivi par plusieurs de la même compagnie.

Je les visitai avec le docteur Arsène Gendron, médecin en chef de l'hôpital. Quarante malades occupaient deux salles; un étranger admis pour fièvre intermittente venait de gagner la dysenterie; plus tard, une des sœurs de l'établissement la contracta.

Des quatre compagnies de ce même bataillon, une était logée chez les particuliers de la ville; elle n'avait encore fourni aucun dysentérique. Mais plus tard, quelques militaires à loyer furent pris, entre autres un capitaine du régiment.

Enfin, des soldats placés dans une caserne succursale, à l'autre extrémité de la ville, eurent à leur tour des malades.

La servante d'un café fréquenté par les militaires, ne tarda pas à être affectée de la dysenterie, puis sa maîtresse.

Un jeune homme employé chez un pharmacien, succomba à la maladie régnante; la femme du pharmacien fut après lui malade.

Cette épidémie peut être comparée à celles de dothinentéries. L'origine contagieuse reste incertaine dans les villes; mais quand on suit les malades, on voit que la propagation a lieu par compagnies dans les régimens, par familles chez les citoyens.

J'ai parlé de matelas distribués dans la caserne aux nouveau-venus, je ne doute pas que cette circonstance n'ait été fâcheuse. Récemment abandonnés par des dysentériques, ceux qui héritèrent de ces matelas, donnèrent promptement des maladies dans une grande proportion, tandis que leurs camarades, logés en ville, n'en fournissaient point, et que des soldats du train, placés dans la même caserne, en avaient à peine quelques uns.

Le docteur Arsène Gendron a observé que les élèves du collége qui n'ont point de communications avec les habitans de la ville, n'ont eu aucun dysentérique, et qu'il en fut de même en 1832, époque où la dysenterie était très répandue à la caserne, en ville et dans les communes de l'arrondissement.

Depuis 1830, cette maladie est regardée comme endémique à Vendôme, et la même caserne semble être chaque année son premier foyer.

Les cuirassiers du 4e qui l'occupaient au mois de juin 1830 furent les premiers dysentériques; en peu de temps 80 malades se présentèrent dans les salles de l'hôpital réservées aux militaires. Les malades du civil la contractèrent, puis les habitans de la ville.

Les cuirassiers partirent en septembre et furent remplacés vers la fin de l'automne par plusieurs compagnies du train de l'équipage, sur lesquelles la dysenterie ne tarda pas à se propager.

Après leur départ au printemps de 1831, arrivèrent plusieurs escadrons de houssards; ils fournirent un nouvel aliment à l'épidémie qui sembla reprendre des forces; elle se répandit dans la ville et dans l'arrondissement, où elle fut commune surtout au mois de septembre : la fin de novembre 1831 en marqua le terme.

Il y eut une pause en 1832, pause bien remarquable puisqu'elle coïncide avec l'absence de tout régiment; la caserne était déserte et ne fut occupée que le 19 décembre 1832 par 390 chevaux des 2e et 3e compagnies du train d'artillerie, qui ont stationné jusqu'en février 1833.

Le 17 février 1833, la 5e compagnie du train des équipages, forte de 270 chevaux, a relevé l'artillerie, et la même caserne fut occupée conjointement par le 1er bataillon du 31e. Après quatre à cinq jours de séjour, la 5e compagnie, mais surtout le bataillon du 31e, furent affectés de la dysenterie.

Les quatre modes de contagion que nous avons observés dans la dothinentérie, se remarquent également dans la dysenterie. Directe immédiate quand un malade l'apporte dans sa famille, directe médiate quand les relations avec les malades ont été passagères et sans contact. Indirecte immédiate, quand les effets abandonnés par les malades la transmettent; indirecte médiate, lorsque entre les malades de deux points plus ou moins éloignés, les rapports ont eu lieu par des tiers qui n'ont pas été frappés. C'est ce que j'ai observé auprès de Chahaignes, et c'est ce qui a eu lieu à Vendôme.

Le procureur du roi de cette ville occupe un quartier très salubre, éloigné de l'hospice et de la caserne. Aucun malade ne se trouvait dans le voisinage. Ce magistrat retenu au lit par un petit abcès phlegmoneux, fut atteint de la dysenterie après avoir reçu, pendant plusieurs jours, les visites du médecin de l'hôpital qui venait de parcourir les salles remplies de dysentériques.

Ce que j'ai dit des aptitudes et des immunités de la dothinentérie est encore applicable ici.

J'ai vu plusieurs fois des dysentériques rentrer dans leurs foyers sans communiquer leur maladie; mais l'on ne doit compter que sur l'inaptitude acquise par une première attaque.

Mêmes observations pour le traitement, et ceux qui ne voient dans la dysenterie qu'une entérite ont dû reconnaître combien les applications de sangsues sont loin d'avoir une heureuse influence.

Enfin, lorsque la maladie est portée au plus haut point, on retrouve, comme dans la dothinentérie, les symptômes d'un empoisonnement septique qui se décèle par une période thyphoïde.

La physionomie des mourans se rapproche de celle des cholériques. Les convalescens offrent souvent des engorgemens œdémateux, le ballonnement du ventre et un état anémique qui n'est pas sans danger.

CHOLÉRA-MORBUS.

Lorsque la dothinentérie, l'angine membraneuse et même la dysenterie arrivent dans une localité, si elles se propagent aux environs, ce n'est pas d'une manière tellement brusque, tellement générale qu'on ne puisse s'y reconnaître et suivre pas à pas les progrès de l'épidémie. Il n'en est pas de même de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, de la grippe et du choléra-morbus.

La rougeole et la scarlatine s'étendent si promptement d'une commune à l'autre, le nombre des malades s'accroît si rapidement, que, malgré la plus grande activité, le médecin ne parvient pas toujours à ressaisir le fil de la contagion, sans cesse rompu en apparence. Ce que ces maladies éruptives sont fréquemment pour nos communes, le choléra-morbus l'a été pour les régions qu'il a parcourues.

Les causes de son invasion subite dans un grand nombre de villes, sont inconnues. Des localités ont été cernées par l'épidémie, sans en être affligées. Le département de la Sarthe a été préservé lorsque le mal sévissait dans les départemens limitrophes d'Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Orne (8 avril), Indre-et-Loire (18 avril), Maine-et-Loire (8 mai), Mayenne (6 juillet).

A Tours et à Châteaurenaud, lieux où j'ai visité les cholériques, l'on est arrivé aux premiers malades sans pouvoir découvrir de circonstances suspectes suffisantes, pour attribuer l'invasion du fléau à la contagion.

Toutefois, sa propagation a eu lieu à la manière des maladies contagieuses.

A Tours, vers la fin d'avril, les habitans pauvres d'un même quartier arrivaient à l'hospice des cholériques.

En ville, des malades au dessus du besoin, habitaient une rue large et bien aérée.

L'on en voyait plusieurs dans la même maison, dans la même famille.

A l'extrémité sud de la ville, sur un point peu fréquenté, une jeune dame venait d'être prise; sa domestique, avec laquelle elle avait eu des communications, était morte quelques heures auparavant.

L'épidémie était presque complètement passée à Tours et à Vendôme, lorsque Châteaurenaud, chef-lieu de canton, situé à distance à peu près égale des deux villes, eut, le 2 septembre, une première cholérique qui succomba dans les vingt-quatre heures.

Le 3, nouveau cas sur une femme, décès le 4. Deux médecins, le docteur Edouard Gendron et son beau-père M. Lebouchet, avaient visité cette dernière malade. Le 4 et le 5, ce dernier est pris d'une diarrhée qu'il néglige.

Dans la nuit du 5 au 6, les graves accidens du choléra se déclarent, accompagnés de crampes affreuses. Deux domestiques de la maison, une garde et quatre personnes de sa famille se relèvent pour le frictionner. Il meurt le 6 au soir.

Le 8, une des domestiques est prise et succombe le même jour. Elle est soignée par l'autre domestique et deux femmes de la ville; de ces trois gardes, deux meurent du choléra du 9 au 10, la troisième a la cholérine.

Madame Bouchet, sa sœur, le docteur Gendron, ont la diarrhée cholérique. Madame Gendron présente les graves symptômes du choléra, tels que vomissemens, etc., diarrhée d'un liquide séreux, et semblable à de l'eau de lin; rétraction des yeux et par conséquent saillie du contour orbitaire et des pommettes.

Visage livide, langue froide, soif extrême, hoquets, suffocation, agitation des bras, pouls filiforme. La malade se plaint d'une grande chaleur, et la peau a réellement le froid cadavérique; sueurs gluantes, suppression des urines; ce symptôme disparaît au bout de quatre jours. Le huitième, crampes très douloureuses, réactions incomplètes et de peu de durée, marquées par un développement passager du pouls et de chaleur à la peau, intelligence parfaite.

Au bout de quinze jours, éruption de boutons rouges, saillans, coniques, de différentes dimensions.

La malade n'eut plus dès lors les symptômes caractéristiques du choléra, mais elle fut dans un état typhoïde et anémique qui se prolongea de manière à donner de l'inquiétude; pendant plusieurs mois, les facultés intellectuelles furent altérées, la mémoire surtout.

Des indigestions réitérées, malgré la sobriété de la malade, ajournaient une guérison qui ne fut réelle qu'après huit mois.

Une jeune demoiselle qu'on avait éloignée de sa famille, et que le docteur Arsène Gendron emmena de suite à Vendôme, fut de toute la maison la seule préservée.

L'habitation de M. Bouchet est située sur la place de Châteaurenaud, point très élevé dominant une partie de la ville. Le choléra avait débuté dans une maison du même quartier et à peu de distance. Plusieurs maisons intermédiaires n'offrirent aucun malade.

MM. les docteurs Dutrochet, de Châteaurenaud; Bretonneau, Jacquart, Thomas et Archambault, de Tours; Desbrosses, de Blois, se sont empressés de se joindre aux deux frères et au mari de la malade, pour l'assister de leurs soins et de leurs conseils.

Le choléra paraît, jusqu'à présent, préférer les villes aux campagnes: toutefois, ce que nous savons de ses visites dans les petites localités, ne laisse aucun doute sur son arrivée par importation.

Authon est une petite ville du département d'Eure-et-Loir, placée sur une hauteur à quatre lieues de Nogent-le-Rotrou.

Le 25 avril 1832, la femme Vasseur, âgée d'une cinquantaine d'années, le lendemain de son arrivée de Paris, est atteinte du choléra.

Première malade de l'endroit, elle succomba en moins de quarante-huit heures.

Deuxième malade. Une voisine, nommée Bigot, âgée de 48 ans, convalescente au bout de deux mois.

Troisième malade. Femme Gaudefroy; elle a donné des soins à la précédente; celle-là fut prise le 27 avril, celle-ci le 28.

Quatrième malade. La fille Gaudefroy, garde-malade de sa mère, alitée le 30, et morte au bout de quelques heures.

Cinquième malade. Madame Forstier, sa voisine, succombe quelques jours après.

Le linge qui lui servait est porté chez le nommé Pourpri, blanchisseur, son propre voisin.

Vingt-quatre heures après il était atteint; quarante-deux heures après, lui et sa femme étaient morts du choléra.

Auprès d'eux, la femme Huet ne résiste que huit heures à la même maladie.

L'épidémie se répand promptement dans cette petite ville, un grand nombre d'habitans ont la cholérine ou le choléra, et dix-huit décès attestent ses ravages.

Il fallait savoir pourquoi la deuxième malade, la femme Bigot, avait été atteinte de préférence au mari de la première malade.

Les renseignemens que M. Mathieu, docteur en médecine à Mondoubleau, est allé recueillir à Authon même, et qu'il a bien voulu me transmettre, expliquent très bien le singulier hasard qui préserva le nommé Vasseur aux dépens de sa voisine.

La femme Vasseur, le soir même de son arrivée de Paris, à la suite d'une querelle, avait quitté son ménage et s'était retirée chez son amie, la femme Bigot. Son changement de domicile eut lieu le 24; le 25 elle eut le choléra, et la femme Bigot en fut prise le 27.

M. Desbrosses, docteur à Blois, et que j'ai déjà cité à l'occasion des malades de Châteaurenaud, a publié l'histoire de l'épidémie du choléra-morbus dans le département de Loir-et-Cher.

Les premiers malades furent, à Blois, un marchand de pain d'épices; à Romorantin, une domestique; à Vendôme, une indigente.

Si dans chacune de ces villes l'invasion du choléra ne peut être expliquée ni par une contagion ni par une infection préalable, évidemment dans les petites localités le fléau fut conduit par des émigrés.

La femme Houssé quitte Blois, où elle habitait le quartier des cholériques, et arrive malportante à six lieues de la ville, dans le bourg de Monteaux où il n'y avait aucun malade. Le 14 mai, elle mourut du choléra. Elle fut soi-

gnée, puis ensevelie par la femme Marné.

Celle-ci, deuxième cholérique, première malade indigène, meurt le 14. Aucun habitant n'ose l'approcher, les médecins seuls la visitent; il n'y eut pas d'autre cholérique à Monteaux et dans les environs.

M. Desbrosses rapporte d'autres exemples d'importation du choléra de Beaugency à Autainville, d'Ouzoüer au village des Vignes.

A Ouzoüer, quatre femmes sont prises à la suite de secours successifs qu'elles se sont donnés. Les trois dernières meurent; aucun habitant du lieu ne les visite, et l'épidémie s'arrête.

Pasquier, cantonnier, habitant Lestiou, où, selon M. Desbrosses, rien n'annonçait l'arrivée du choléra, met, le 27 octobre, des bas qui avaient servi à un cholérique de Beaugency pendant sa maladie, et qui avaient été lavés à l'eau chaude.

Le 31 octobre, il est pris de diarrhée; le 1er novembre, les symptômes du choléra se prononcent; le 6, il était mort.

Le même jour, son fils est pris; la mère est malade le 7 : tous deux succombent en quelques heures.

Le choléra s'étend d'un seul côté du bourg de Lestiou, et seulement aux voisins qui avaient communiqué avec les malades.

La femme Garreau revient au bourg d'Avarray, après avoir vu pendant quelques heures une cholérique de Lestiou; le surlendemain, elle est aux prises avec le choléra; son fils qui avait continué à coucher près d'elle, succombe trois jours après.

Des faits de transmigration du choléra ont été également publiés par le docteur Arsène Gendron, de Vendôme.

Jarrier, du département de la Sarthe, revenant de Châteaudun où régnait le choléra-morbus, tombe malade aux Roches, village près de Montosie; reçu dans un cabaret, il y meurt le lendemain. Deux jours après, le cabaretier est enlevé en quelques heures par le choléra. Ce fut le seul malade de la localité.

De Vendôme, le choléra fut importé au village de Lisle par le nommé Poilpré.

Dans la ville, le fléau s'est propagé de familles en familles en raison de l'intimité des relations. A Paris même, un médecin recommandable par de nombreux et utiles ouvrages, a signalé cette marche de l'épidémie.

« Sur les quatre-vingts et quelques cas dont « j'ai noté en ville les principales circonstances, « il n'en est aucun dont le sujet n'eût en effet « quelques rapports soit directs, soit indirects « avec d'autres cholériques.

« Le fait de non-contagion dans les hôpitaux « n'est pas aussi constant qu'on semble le « croire.

« Le choléra ne s'est manifesté à la Pitié, « salle Saint-Jean, qu'à la suite de soins que « l'infirmière était allée donner aux choléri- « ques dans les salles de Médecine.

« La première malade affectée allait habi- « tuellement près du lit de la deuxième.

« La troisième occupait le numéro le plus « rapproché du sien, et la fille de service fut « atteinte le surlendemain.

« Une cinquième, sixième, septième et hui- « tième de celles qui se levaient et se rappro- « chaient le plus les unes des autres ont eu leur « tour.

« Un jeune élève qui jusque-là s'était tenu « éloigné des malades, vient à l'hôpital un ma- « tin, les symptômes du choléra se déclarent « le soir, et son frère qui loge dans la même « chambre en est pris le lendemain. » (Velpeau, *du Choléra épidémique de Paris*, p. 21.)

Les faits d'immunités se rencontrent dans toutes les épidémies même lorsque évidemment elles sont propagées par contagion, dans le choléra-morbus, comme dans la dothinentérie, la variole, la scarlatine, etc.

J'en ai vu un exemple remarquable à Châteaurenaud.

Peneau, journalier, âgé d'environ trente ans, se distingua par son zèle à soigner les cholériques.

A Blois, il fut employé à l'hôpital, et successivement on le fit voyager à Autainville, à Ouzoüer, et à Châteaurenaud. Cet homme bien constitué, n'ayant jamais été malade, pendant près de trois mois fut occupé jour et nuit auprès des cholériques, fréquemment il les changeait, les frictionnait; il ensevelissait les morts, lessivait leurs vêtemens; des veilles prolongées l'avaient tellement fatigué que ses pieds étaient œdématiés.

Plusieurs fois chez de pauvres gens, il s'est jeté tout habillé sur le bord du lit, reposant ainsi auprès du malade, tant le besoin de sommeil l'emportait sur tout autre sentiment. Pendant tout ce temps, malgré son régime qui dépassait fréquemment les règles de la sobriété, et sauf l'œdématie produite par l'excès de travail, cet homme n'a pas éprouvé la moindre indisposition.

Si nous prétendions tout expliquer par la contagion, sans doute, nous n'atteindrions pas notre but.

Nous voulons seulement prouver que plus le cercle de l'épidémie est rétréci, plus la contagion est évidente et facile à suivre.

Les faits qui précèdent prouvent que le choléra se propage comme la dysenterie, la dothinentérie, par voies directes et indirectes, immédiates et médiates.

La différence ne porte pas sur les modes de contagion, mais sur son degré et sur l'époque, la période où chacune de ces maladies est surtout douée du caractère contagieux.

Nous avons vu avec quelle lenteur se propage la dothinentérie, la dysenterie est plus prompte dans sa transmission, et le choléra est encore plus rapide.

La première est contagieuse à une période avancée; le choléra-morbus l'est à son début: c'est dans les deux premiers jours que généralement les seconds malades succèdent aux premiers, le temps d'incubation très restreint se prolonge rarement au delà de quarante-huit heures.

Toutefois ce qui a été dit d'un cantonnier tend à prouver que des vêtemens conservent plus long-temps la faculté de propager le fléau, et que moins prompte alors, la contagion n'exerce son action qu'après un contact répété.

A Châteaurenaud, une famille nombreuse est frappée avec une promptitude effrayante, puis

des médecins en foule ; des gardes nouvelles approchent impunément les malades.

Le choléra si transmissible à son début, perdrait-il cette qualité à son déclin ?

Pourquoi pas ? La vaccine est très contagieuse, son virus provenant d'un bouton à peine formé ; tandis que lorsque cette maladie est arrivée à son point le plus grave, lorsque les pustules ont acquis un grand développement, que leur effet virulent se traduit sur l'individu par une inflammation érysipélateuse et phlegmoneuse du bras, la tuméfaction des glandes de l'aisselle et un trouble général qu'on appelle fièvre, le virus qu'on retire, mêlé ou non au pus, est innocent ou du moins a perdu sensiblement de ses qualités contagieuses.

Plusieurs fois il m'est arrivé de prendre du vaccin trop tôt, du cinquième au sixième jour, lorsque les boutons n'avaient pas encore d'aréoles, et trop tard, du dixième au douzième, lorsque celles-ci étaient réunies ; dans la première de ces conditions inverses, la vaccine est communiquée ; dans la deuxième, l'inoculation est fréquemment infructueuse.

Ce n'est pas toujours quand elle est arrivée à sa période extrême qu'une maladie est surtout contagieuse, et lorsqu'elle l'est dès son début, il est facile d'attribuer sa propagation à un principe épidémique.

Transmissible dès son origine, une affection peut l'être moins à son état : c'est alors que les médecins, dont les secours ne sont réclamés souvent que lorsque les symptômes ont acquis leur plus haut degré, approchent impunément les malades ; et cela expliquerait pourquoi dans les hôpitaux, selon la remarque de M. Brière de Boismont, ils contractent plus facilement le typhus, contagieux à son déclin, que le choléra, contagieux à son début.

La propagation de celui-ci a déjà lieu en ville quand le malade arrive à l'hôpital, tandis que le dothinentérique a souvent quitté la ville avant d'être arrivé à l'époque où sa maladie est contagieuse ; et si la propagation est rare dans les hôpitaux, c'est que les malades n'ont pas, comme ceux de la campagne, une garde fidèlement et constamment occupée et retenue à leurs côtés.

Toutes les maladies contagieuses ont entre elles des points de ressemblance qu'il est bon de reconnaître.

L'un des plus saillans, et qui dérive de leur spécialité, c'est l'insuffisance du traitement rationnel, si par ce mot on doit entendre une méthode thérapeutique raisonnée sur les altérations organiques que nos sens peuvent apprécier.

Tous les praticiens, je parle de ceux qui ne dissimulent pas les revers et n'exagèrent pas les succès d'une médication, sont d'accord sur l'impossibilité d'établir un traitement fixe et convenable à la majorité des malades.

« Quand le choléra-morbus a éclaté à Paris, « l'on était généralement dans l'incertitude sur « les moyens thérapeutiques propres à com- « battre ce fléau. M. Duméril a employé tour « à tour, les opiacés, les toniques, les évacua- « tions sanguines, sans avoir à se louer de ré- « sultats heureux.

« Il pensa alors que, dans le traitement de « cette maladie, il ne faut pas être exclusif et « employer isolément telle ou telle méthode, « mais qu'il est bon de les combiner entre elles « suivant les indications qui se présentent. » (*Gazette médicale*, 22 avril 1832.)

« De toutes les tentatives thérapeutiques que « l'on a faites pendant l'épidémie en ville et « dans les hôpitaux, il résulte comme vérité « dominante, que pour la guérison du choléra « il n'existe point de spécifique ni de méthode « exclusive de traitement. » (Double *Instruction pratique sur le choléra-morbus.*)

Ces réflexions sont applicables à toutes les maladies contagieuses. Passez successivement en revue la dothinentérie, la variole, la dysenterie, la rougeole, la scarlatine, et ce qui a été dit du traitement du choléra, *mutato nomine*, peut également se dire de la thérapeutique de ces diverses maladies. C'est que toutes ne sont pas seulement des inflammations ; le principe inconnu qui leur donne cette apparence ne s'accommode pas toujours des saignées.

Une maladie contagieuse, qu'elle ait ou non la forme inflammatoire, qu'elle soit isolée, spontanée, sporadique ou évidemment contractée, n'est arrêtée dans sa marche, n'est coupée par aucun traitement.

Spécialité, insuffisance des médications, inaptitude aux rechutes, sont des caractères inhérens aux affections transmissibles.

Au contraire, les inflammations franches qui ne se propagent pas du malade à ceux qui l'approchent, les pneumonies, les néphrites, les hépatites, les pleurésies, les péritonites, sont évidemment influencées par des émissions sanguines, proportionnées à leur intensité.

La différence des traitemens peut en établir une dans la durée de ces affections et leur terminaison. L'aptitude aux rechutes contraste chez celles-ci avec l'inaptitude acquise par une première attaque chez celles-là.

Sans prétendre exagérer la certitude du pronostic, il semble qu'en général, les dernières ont des symptômes dont la gravité est plus en rapport direct avec l'étendue ou l'intensité de l'inflammation ; il n'en est pas de même pour les premières, les symptômes ne sont pas l'expression fidèle des désordres organiques, et c'est pour cela que le pronostic est constamment incertain.

Les ouvrages de MM. Louis et Andral sont remplis de faits qui doivent tenir le praticien en garde contre l'événement, malgré l'apparente bénignité des symptômes de la dothinentérie.

Sans vouloir en faire un trait caractéristique des fièvres typhoïdes, M. Louis convient que :

« Les cas de mort subite ou au moins très « rapide et inattendue au milieu de la conva- « lescence d'une maladie légère, ou même dans « un état de santé en apparence parfait, et dont « il est impossible de se rendre compte par l'é- « tat des organes, ne sont pas très rares. » (Pag. 439, tom. I.)

Des changemens brusques, imprévus se prononcent dans ces diverses maladies, et un état typhoïde semble décéler l'action d'un poison.

Quelquefois l'empoisonnement est l'effet d'une résorption de pus, M. Andral en cite un exemple remarquable :

« Une fille de quatorze ans fut atteinte d'une

« variole discrète qui marcha sans accident « pendant les sept premiers jours ; tout à coup « les boutons pleins d'une matière blanche opa- « que, se désemplirent et s'affaissèrent. En « même temps amaigrissement subit de la face, « œil éteint, prostration extrême, diarrhée, « pouls fréquent, mort le troisième jour. » (Tom. III, pag. 91, *Clinique médicale.*)

« La présence du pus dans le sang peut être « considérée comme produisant un véritable « empoisonnement, d'où pourront résulter les « symptômes de la fièvre adynamique putride « typhoïde. » (*Id.*, pag. 538.)

Les dissections de M. Bouillaud, les expériences de MM. Dupuy et Trousseau, ont fait de cette doctrine une vérité en quelque sorte mathématique.

La présence de substances putrides ou septiques sécrétées par les malades, peut facilement produire des symptômes typhoïdes, par exemple, dans la dysenterie où l'expulsion de matières infectes est difficile et incomplète, dans le croup et l'angine scarlatineuse, lorsque les fausses membranes de l'un et l'exsudation couenneuse de l'autre passent promptement à l'état de putréfaction.

MM. Magendie et Gaspard ont démontré sur des animaux, l'influence pernicieuse et typhigène des matières putrides, quand elles sont absorbées. Quelquefois les symptômes d'empoisonnement typhigène arrivent dans les diverses maladies contagieuses, sans qu'on puisse matériellement expliquer leur cause.

Cet accident qui leur est commun ajoute à l'incertitude du pronostic et indique la nécessité, dès le début, de ménager les forces des malades pour les éventualités des dernières périodes.

Revenons à la propagation du choléra dans les petites localités. De même qu'une dothinentérie légère peut se transmettre grave et *vice versâ*, de même le choléra peut propager la cholérine, et celle-ci le choléra le plus intense.

A Châteaurenaud, sept personnes entourent un cholérique, quatre contractent le choléra, et trois la cholérine.

Les observations suivantes qui ont été recueillies par le docteur Lafont, jeune médecin de Chinon, et m'ont été transmises par M. Bretonneau, prouvent à la fois l'importation du choléra, sa propagation en raison de la fréquence des relations, sa transmission à des degrés différens, et des immunités inexplicables.

Ambroise Constant Lhouillet, âgé de quatorze ans, part le 15 août 1832, et fuit le choléra de Chinon avec son père, sa mère et un frère.

Ils s'arrêtent à Champigny, petite ville située à quatre lieues de la première, et sont reçus chez un parent nommé Morin, demeurant sur la place, dans un lieu bien aéré.

L'état sanitaire de Champigny n'avait jamais été plus satisfaisant.

Le lendemain de son arrivée, le 16 août, Ambroise est pris de vomissemens, de coliques qu'on attribue à des prunes qu'il a mangées.

L'altération des traits du visage survient, puis le refroidissement et des déjections blanches.

Le troisième jour, amendement ;

Le quatrième, convalescence.

L'hôte Morin est atteint le 19, et succombe en treize heures.

Le même jour, un de ses enfans, âgé de onze mois, malade de la coqueluche, meurt avec les symptômes du choléra.

Un frère de trois ans, meurt le lendemain.

La mère, âgée de quarante-sept ans, succombe le 26.

Les deux aînés Morin quittent la maison après la mort du père, et restent sains et saufs, ainsi que les parens du premier cholérique, deux demoiselles Bertrand et une dame plus âgée qui ont soigné les malades.

Mais une femme forte, âgée de quarante ans, et une demoiselle Berton ont approché les deux premiers malades et meurent du choléra, l'une le 24, l'autre le 30 août.

Le choléra se répand en ville : on ne trouve plus de communications directes, mais dans chaque famille, le premier malade le transmet à ceux qui l'approchent.

La fille Lemeunier, première cholérique de sa maison, meurt le 24 août ; sa mère est prise le 25, accouche d'un enfant mort le 26, et succombe le 29.

Un fils de seize ans, malade le 27, expire le 28.

Son frère, âgé de dix-huit mois, malade le 26, se rétablit.

Le père en est quitte pour de légers symptômes de cholérine.

Dans plusieurs familles, l'on observe des choléras et des cholérines, et, au bout de quinze jours, l'épidémie a cessé complètement.

A Champigny et dans les environs, dit M. Lafont, l'on n'observait ni diarrhées ni cholérines avant l'arrivée du jeune émigré de Chinon.

La classe malheureuse est plus communément atteinte de la dysenterie, du choléra, des fièvres typhoïdes ; il est donc possible qu'elle présente des conditions d'aptitude qui rendent la propagation plus facile.

Lorsqu'elle s'opère sur des classes supérieures en fortune, c'est, en général, par les domestiques, agens intermédiaires de communication entre les unes et les autres.

« Ce n'est guère que du dixième au quin- « zième jour de la durée totale de l'épidémie « que la maladie a passé de la classe ouvrière « à la classe aisée. Dans cette transition, les « domestiques ont été violemment atteints. » (Double, *choléra-morbus.*)

Les épidémies de rougeole, de scarlatine, qui ont sévi, en 1833, sur une foule d'enfans dans les communes du canton de Château-du-Loir, n'ont pas pénétré dans les châteaux placés à peu de distance des lieux infectés, et où se trouvent des enfans aptes à contracter.

Il faut observer que les propriétaires vivent isolés, les bonnes et les enfans évitent les endroits que l'on sait affectés d'épidémies.

Lorsque par hasard une maladie épidémique pénètre dans les riches habitations, c'est presque toujours un domestique revenant, pour commission, du foyer de contagion, qui, premier malade, transmet sa maladie.

J'ai vu la coqueluche, le croup, la rougeole, la scarlatine s'introduire de cette manière dans

des maisons de campagne où l'isolement et la salubrité sont réunis au bien-être que procure la fortune.

Ces maladies passaient du domestique aux enfans, aux bonnes, à la mère et quelquefois même aux grands parens.

Les immunités de pays sont comme les immunités de personnes, passagères ou inexplicables.

Les localités, vierges d'un fléau, doivent redouter la première attaque; à chaque recrudescence, le mal, sans perdre nécessairement de son intensité, fera moins de victimes parce qu'il trouvera moins de sujets aptes à contracter.

Les retours de l'épidémie ne décèlent pas une infection de la localité pas plus pour le choléra que pour la dothinentérie.

Si nous en croyons tous les journaux de médecine, l'épidémie de l'automne de 1833, à Paris, a sévi sur des individus arrivés depuis peu dans la capitale, habitant les quartiers qui avaient précédemment fourni le plus grand nombre de cholériques.

Ouvriers et pauvres, pour la plupart, ces nouveaux venus n'avaient-ils pas occupé les lits et les logemens des ouvriers malades. Nous avons vu que la dothinentérie et la dysenterie se renouvellent sous de telles conditions.

L'importation de la rougeole et de la scarlatine, dans les petites localités, n'est pas toujours facile à découvrir, il semble que ces maladies soient, bien plus que la dysenterie et la dothinentérie, transmissibles par voie indirecte. Il en est de même du choléra : son importation dans les lieux circonscrits a quelquefois été constatée de la manière la plus évidente; exemple : à Lille, près Vendôme, aux Roches, à Authon, à Monteaux, à Champigny, etc., etc.

D'autres fois, il a éclaté sans que le premier malade ait désigné des communications suspectes; mais, alors même, il s'est propagé aux malades suivans, de la même manière que dans les cas d'importation. Toutefois, comme la rougeole, la scarlatine et la variole, il se plaît à franchir des distances. A Châteaurenaud, j'ai vu une première cholérique d'une extrémité de la ville, qui n'avait pu avoir que des relations très indirectes avec les malades du haut quartier. Près d'elle, des individus recevaient depuis quelque temps la visite de médecins qui sortaient de chez les cholériques; mais pourquoi celle-là fut-elle atteinte de préférence à ceux-ci? Je l'ignore. Le choléra peut avoir un mode inconnu de propagation; il peut se répandre sous certaines conditions ou aptitudes que nous ne saisissons pas; mais les faits d'importation et de transmission du malade à ceux qui le soignent attestent qu'il se propage par contagion.

Partant de ce principe connu, établi sur des faits positifs, nous pouvons en déduire des conséquences semblables, sauf quelques modifications à celles qui résultent de nombreuses observations sur les épidémies de fièvres typhoïdes.

1° L'importation du choléra ou du moins sa transmission si fréquente du malade aux garde-malades, prouve que, dans les petites localités, l'épidémie est l'effet et non la cause de la contagion.

2° La contagion a été indépendante de l'insalubrité des lieux; si la misère des habitans a paru produire l'aptitude, les communications ne sont pas moins funestes à toutes les classes.

3° Le retour de l'épidémie ne prouve pas une infection locale.

4° Un choléra isolé, malgré son apparence de spontanéité, est transmissible.

Le choléra contracté n'est pas toujours communiqué; la cholérine peut propager le choléra, et réciproquement. Les chances de contagion augmentent en raison du grand nombre des malades et de la fréquence des relations directes et indirectes.

5° La rapidité de sa propagation indique que le choléra est contagieux à ses prodrômes; à une époque plus avancée il paraît perdre de son caractère contagieux. Comme la rougeole et la scarlatine, il se propage facilement par voie indirecte médiate.

6° Les effets qui ont servi aux cholériques peuvent transmettre le choléra pendant un temps indéterminé.

De ces deux dernières propositions il résulte l'inutilité des quarantaines pour les individus, après quelques jours d'isolement et peut-être leur insuffisance pour les effets contaminés.

8° Les immunités ne prouvent rien contre la contagion, elles sont passagères ou inexplicables. Elles ne démontrent pas l'inaptitude absolue. Celle-ci est acquise par une première attaque.

Il serait donc utile d'établir, dans chaque mairie, un registre sur lequel seraient inscrits les noms des survivans à l'épidémie. En cas de retour du fléau, l'on choisirait parmi eux des aides qui approcheraient impunément les malades; ceux-ci seraient entourés par un véritable cordon sanitaire composé d'individus inaptes à contracter. Sans doute ce cordon serait quelquefois franchi; mais si l'on se rappelle qu'à Monteaux, à Ouzoüer, à Lestiou, aux Roches, le choléra n'a attaqué que ceux qui avaient eu des relations directes avec les malades, et a respecté tous les autres habitans du lieu; qu'à Champigny, à Authon et à Châteaurenaud, l'irrégularité de ses bonds n'a été observée que lorsque déjà plusieurs malades étaient atteints par voie directe; l'on ne doutera pas que la précaution d'établir les rapports immédiats par des sujets inaptes à en être les victimes, ne soit, pour les villes et les petites localités, un puissant moyen préservatif.

Nous devons maintenant passer rapidement en revue les épidémies de variole, de rougeole, de scarlatine; la propagation de ces maladies par contagion est plus généralement admise; et cependant l'on retrouve dans leurs différens foyers les immunités que nous avons signalées précédemment.

Nous verrons la contagion, tardive dans la variole, tantôt prompte et tantôt lente dans les deux autres; enfin dans le croup nous retrouvons cette lenteur de transmissibilité déjà observée dans les épidémies de fièvres typhoïdes.

VARIOLE.

François Olivier, âgé de 21 ans, non vacciné, arrivant de l'hôpital d'Angers, entre à l'hospice de Château-du-Loir pour s'y reposer; quelques jours après, il est pris de fièvre

avec frisson suivi d'une grande chaleur; le 3, éruption varioleuse au visage, au bras, à la poitrine; les croûtes varioleuses ne commencèrent à tomber qu'au bout d'un mois.

Ce premier malade était au vingtième jour de sa variole lorsqu'un second fut atteint.

Deuxième malade, Louis Morin, domestique à l'hôpital, vacciné autrefois sans résultat, a eu plusieurs communications avec le premier; il est pris, le 25 février, de frissons, vomissemens, puis chaleur fébrile. Quarante-huit heures après, éruption qui devient bientôt confluente; pendant deux mois il fut gravement malade, le visage a été long-temps entièrement recouvert d'un masque épais de croûtes desséchées.

Le 28 février, un enfant de neuf ans, le 10 mars une femme de trente-un ans, sont atteints dans un quartier rapproché de l'hôpital, mais sans communication directe avec les précédens.

Dans ce même quartier un troisième varioleux, âgé de 22 ans, entre à l'hospice.

Louise Bourges âgée de 16 ans, vaccinée avec succès à l'âge de trois ans et demi, assistant habituellement aux messes de l'hôpital, est prise le 13 mars d'une variole discrète; son frère, âgé de treize ans, vacciné huit jours après sa sœur avec le vaccin d'un autre enfant, ayant eu plusieurs pustules dont la desquammation s'était opérée du douzième au quinzième jour, présente le 7 avril les symptômes d'une variole moins bénigne. L'éruption s'étendit à la bouche, et à la gorge.

Après lui sont successivement malades les individus suivans, qui n'avaient pas été vaccinés.

1° Louise Thiodet, voisine des Bourges, sans relations directes avec les malades.

2° Masse, âgé de vingt ans, après plusieurs visites aux varioleux de l'hospice.

3° Une fille de seize ans, contracte la variole à l'hôpital où elle avait été précédemment reçue.

4° Une domestique de la ville, âgée de vingt-trois ans, varioleuse sans avoir eu de relations directes, est renvoyée par ses maîtres, chez ses parens, au hameau des Boirées, commune de Saint-Pierre de Chevillé, à une grande lieue de Château-du-Loir; elle y arrive le 14 avril, malade depuis le 2.

Huit jours après, l'aîné de ses frères, Michel Georges, âgé de douze ans, est pris d'une variole qui fut très grave; un second frère, âgé de huit ans, fut atteint gravement aussi trois jours plus tard.

La famille Niétel occupait dans le même hameau, une maison séparée de celle de Georget par deux ou trois habitations.

La petite fille, âgée de quatre ans, fit le 19 avril une visite à la varioleuse arrivée de Château-du-Loir.

Le 23, cette enfant a la fièvre, avec frisson, puis chaleur, sueur, soif incommode.

Le 25, des boutons lèvent au visage, à la poitrine, aux bras.

Le 26, tout le corps en est couvert.

Le 30, les boutons sont nacrés, ils ont le volume d'une grosse lentille, arrondis avec dépression au centre, aréoles inflammatoires à leur base. Celles-ci sont séparées dans quelques points où la peau conserve sa teinte naturelle. Le pouls n'est plus fréquent, la langue est molle, humide, vermeille, etc.

Un petit garçon couchait dans la même chambre que la malade, il fut vacciné lorsque celle-ci était au huitième jour de la variole, et ne contracta pas la maladie de sa sœur.

Le père et la mère Niétel, âgés de trente-six et trente-huit ans, non vaccinés, n'ayant jamais eu la variole, ont soigné leur enfant et couché constamment dans un lit rapproché de son berceau et caché par les mêmes rideaux.

A l'hospice de Château-du-Loir, la femme Hugé âgée de cinquante ans, et dans les mêmes conditions que les deux précédens, a veillé les varioleux et passé plusieurs nuits dans la chambre où plusieurs étaient réunis.

Cette petite épidémie montre la propagation de la variole, par contagion, telle que nous l'avons vue dans les précédentes maladies, avec les mêmes règles et les mêmes écarts.

Le premier malade est étranger à la localité, incertitude sur ses relations.

Le deuxième a communiqué avec le premier.

Puis trois varioleux, n'ont eu avec les premiers que des relations plus ou moins indirectes.

Ce sont des voisins, des habitans du quartier qui traversent tous les jours les salles de l'hospice pour entendre la messe.

Quelques uns stationnent dans les salles mêmes pendant la prière, le lit du premier varioleux est rapproché de la chapelle.

La maladie se répand en ville, nul doute qu'elle n'ait été importée, mais il est impossible de préciser, entre des relations indirectes nombreuses, lesquelles ont nui, lesquelles ont été indifférentes. La propagation ne forme probablement qu'une seule chaîne, mais en ville, ses anneaux semblent rompus et le médecin ne peut les rallier. Dans le hameau, au contraire, la variole arrive et marche comme la dothinentérie, la dysenterie, le choléra-morbus; les habitans, les enfans du hameau ne sont point affligés indistinctement.

Ce sont les deux frères de la malade qui a émigré de Château-du-Loir.

Puis une petite fille qui lui a fait une imprudente visite.

Les enfans du hameau, non encore vaccinés et isolés des malades, restent sains et saufs.

Parmi eux, je ne range pas le petit Niétel qui a été vacciné à temps.

Entre le premier et le deuxième malade de l'hospice, l'on a remarqué un intervalle de vingt jours.

Et la première malade du hameau des Boirées était à la fin du troisième septenaire, lorsque ses deux frères furent infectés.

Louise Bourges est malade le 13 mars, son frère le 7 avril.

La variole semble donc, comme la dothinentérie, plus contagieuse à une période avancée, qu'à son début, et c'est peut-être pour cela que le petit Niétel a pu, pendant les huit premiers jours, habiter impunément la même chambre que sa sœur.

Sans doute, les enfans sont plus que les personnes sorties de l'adolescence aptes à contracter la variole, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, etc. Toutefois nous avons vu

fréquemment ces maladies se propager d'eux à des parens avancés en âge.

L'on peut donc ranger parmi les immunités inexplicables mais communes à toutes les maladies contagieuses, ce respect de la variole pour trois individus, la femme Hugé et les Niétel, sans cesse plongés dans l'atmosphère des malades.

ROUGEOLE ET SCARLATINE.

Les exemples de transmission de ces maladies par voies directes, indirectes, médiates et immédiates sont fréquens, il n'est pas de médecin qui ne les ait observés dans sa pratique.

Plusieurs communes des environs de Château-du-Loir, au printemps de 1833, avaient des malades atteints de rougeoles, de scarlatines et de varicelles.

La rougeole et la scarlatine ont paru importées au collége de notre ville par voie médiate indirecte.

La mère d'un des élèves venait de visiter plusieurs familles dont les enfans étaient pris de l'une ou l'autre de ces maladies; en entrant au collége, elle rend compte de cette circonstance; attirée dans le dortoir des pensionnaires, elle se repose entre le lit de son fils et celui d'un autre élève. Tous deux furent pris de la rougeole, celui-ci deux jours, celui-là quatre jours après cette visite. Un troisième enfant du même dortoir fut presque en même temps atteint de la scarlatine.

Dans l'espace de trois mois, malgré la précaution d'isoler de suite chaque malade, quarante externes ou internes eurent la rougeole ou la scarlatine, trois eurent la varicelle, deux eurent à la fois scarlatine et varicelle (observation 2e).

Les convalescens étaient admis trop promptement à reprendre leurs cours. La rentrée de l'un d'eux était ordinairement suivie, un ou deux jours après, des prodrômes de la maladie sur ses camarades les plus intimes. Le jeune Thoré, de Flée, que ses parens avaient cru guéri d'une rougeole en apparence légère, revint au collége : quarante-huit heures après, trois enfans qui l'avaient fréquemment approché eurent les premiers symptômes de scarlatines, qui devinrent graves. Thoré fut repris lui-même de vomissemens, de fièvre, d'angine pultacée sans nouvelle éruption, puis d'anasarque, et ne se rétablit qu'après des soins très prolongés.

La rougeole et la scarlatine se répandirent dans les familles des externes; leurs frères ou sœurs, leurs domestiques, leurs mères en furent infectés.

Un enfant nommé Fourmont, conduit à Tours, communiqua la rougeole à la jeune fille de l'auberge où il avait été reçu.

L'une et l'autre de ces maladies ne tardèrent pas à se propager sous l'influence de relations indirectes.

Un jeune externe revenait tous les soirs dans sa famille logée à l'autre extrémité de la ville, sur un point très élevé, dans un quartier où il n'y avait aucun malade.

Il couchait à peu de distance de sa sœur Adeline, âgée de douze ans, et d'une autre sœur plus jeune : tous trois avaient eu autrefois la rougeole.

Adeline eut les premiers symptômes de la scarlatine le 12 août; son frère et sa sœur furent de suite éloignés et reçus chez une parente.

La femme de chambre, la cuisinière, puis le père de l'enfant ont, dans la même semaine, été atteints d'une angine couenneuse grave.

Les deux derniers n'eurent pas l'éruption scarlatineuse.

Ces quatre malades étaient rétablis depuis quinze jours, lorsque les enfans isolés rentrèrent au logis.

Peu de jours après, la petite Amélie coucha, comme précédemment, dans un lit très rapproché de celui de sa sœur.

Cinq jours plus tard, les prodrômes de la scarlatine se déclarent, puis une angine des plus graves, et le septième jour cette enfant succomba (observation 3e).

Le frère fut isolé de nouveau, précaution peut-être superflue, si l'on considère qu'il avait fréquenté impunément ses camarades du collége, malades ou convalescens de la scarlatine.

Il pourrait être cité comme un de ces exemples d'immunités communs à toutes les maladies contagieuses. D'autres enfans furent également exempts sans raison connue, par exemple: la jeune fille du principal du collége n'a jamais payé le tribut ni à la rougeole, ni à la scarlatine, ni à la varicelle, et, malgré ses rapports quotidiens avec les élèves, elle n'a contracté aucune de ces maladies.

Un jeune Bellanger revient avec la scarlatine chez ses parens, après lui son frère est atteint, puis la mère, qui couchait avec le deuxième malade. Un troisième enfant de la maison, que j'ai surpris plusieurs fois jouant avec ses frères, n'a éprouvé aucun dérangement de santé.

La rougeole et la scarlatine sont bien plus promptement transmissibles que la dothinentérie. L'incubation est rarement de plus de quatre jours.

Bursérius cite l'observation d'une dame qui s'éloigna d'une campagne où la rougeole était très répandue, et se retira à Florence. Dans la nuit même elle fut prise d'accès de fièvre, le vingt-quatrième jour de toux suffocante, et le vingt-cinquième « universa cutis inventa est « morbillis referta. »

L'incubation paraît donc s'être prolongée; toutefois il faut considérer qu'entre l'éruption morbilleuse et l'exposition au foyer épidémique, l'intervalle fut rempli par un trouble fébrile anormal. L'auteur lui-même observe que de tels faits s'écartent des lois ordinaires.

La scarlatine paraît, comme la dothinentérie, conserver long-temps son caractère contagieux, soit que sa propagation tardive dépende des convalescens, soit que des effets contaminés la reproduisent.

Les malades de la maison D*** étaient guéris depuis plus de quinze jours, lorsque la petite Amélie, revenue au foyer scarlatineux en apparence éteint, contracta la scarlatine.

Dans les hôpitaux où ces affections sont regardées comme endémiques, ne serait-il pas plus vrai d'attribuer leur retour fréquent aux lits dans lesquels des enfans arrivent successivement ?

« La scarlatine est en quelque sorte endémi- « que à l'hôpital des Enfans, elle y règne à tou- « tes les époques de l'année.

« Un scarlatineux est entré aux premiers jours

« d'octobre, et aussitôt cette affection s'est manifestée chez plusieurs malades dans l'intérieur « de l'hôpital. On conçoit tout le danger qu'il y a « pour ces jeunes êtres de séjourner dans une « atmosphère imprégnée de miasmes contagieux, « car ce que nous disons ici de la scarlatine « peut s'appliquer aux autres affections fébriles. « Chaque jour nous voyons des malades, entrés « à l'hôpital pour des affections légères, succomber après avoir contracté la variole, la « rougeole et la scarlatine. » (Baudelocque, *Gazette des Hôpitaux*, 19 octobre 1833.)

Ce qu'on observe à l'hôpital des Enfans est exactement ce qui se passe à la caserne de Vendôme, ce qui arrive dans nos fermes lorsqu'un domestique prend le lit précédemment occupé par un dothinentérique.

Les mêmes modes de contagion se retrouvent dans ces différentes maladies.

Les unes sont plus, les autres sont moins contagieuses; il en est qui le sont au début (rougeole, scarlatine, choléra-morbus).

D'autres à des périodes avancées (variole, dothinentérie).

Quelques-uns perdent promptement ce caractère (choléra-morbus); d'autres le perdent fort tard (scarlatine, dothinentérie, croup).

La propagation des unes exige des contacts fréquens et prolongés (dothinentérie).

Tandis que la transmission des autres s'opère facilement et sous l'influence de relations très indirectes (choléra-morbus, variole, rougeole, scarlatine).

« Satis hinc perspicitur morbillos à peculiari « quodam miasmate gigni et contagione communicari. Id verò etiam patet exindè quod « de loco in locum propagantur ab infectione « rerum aut ægrotantium. »

« Negant verò, aere virus innasci, aut inci« dere, viri doctissimi, quia si communicatio « cum ægris aut rebus aut locis contagione pol« lutis vitetur, morbilli etiam ipsi præcaventur.» (*Burserius*, tom. II, pag. 64.)

Chacune de ces maladies, même à l'état épidémique, offre des degrés différens. Tantôt légères, incommodant à peine les individus, tantôt malignes et promptement mortelles. Ces différences dans leur intensité ne modifient nullement leur propagation.

« Non omnes sporadici benignitatis laudem « merentur, nec epidemici semper infamantur « notâ malignitate. » (*Burserius.*)

Ces mêmes réflexions sont applicables aux épidémies d'angines membraneuses, dont nous allons nous occuper.

CROUP OU ANGINE MEMBRANEUSE.

— Les observations que je donne à la fin de ce travail me dispensent de décrire les symptômes du croup. Je dois seulement prévenir que j'appelle de ce nom les angines accompagnées d'une exsudation plus ou moins concrète, pultacée ou membraneuse, commençant presque toujours aux amygdales et envahissant très fréquemment les voies aériennes.

Les épidémies de croup se présentent sous deux formes; dans l'une, l'exsudation membraneuse passe promptement à l'état de putréfaction : c'est l'angine maligne ou gangréneuse des auteurs. Dans l'autre forme, les fausses membranes ne présentent pas de putréfaction et n'exhalent aucune odeur.

M. Bretonneau a démontré que la gangrène des pseudo-membranes avait été prise à tort pour la gangrène des organes.

« Je ne pense pas que l'identité de l'angine « maligne et du croup, fondée sur une identité « d'altérations organiques et démontrée par « l'anatomie pathologique, puisse être infir« mée par quelques symptômes sans valeur.

« La mort des enfans fut généralement attri« buée au croup, tandis que pour les adultes, « la fétidité de l'haleine, la lividité du teint « firent prévaloir les idées de gangrène et de « putridité.

« L'aspect gangréneux du pharynx tient à la « fonte putride des concrétions pelliculaires. » (*Bretonneau*, Diphtérite, pag. 46.)

Cette découverte a été féconde en résultats thérapeutiques.

L'on avait déjà remarqué dans les épidémies d'angine gangréneuse, que les applications topiques d'esprit de sel étaient l'unique moyen d'arrêter les progrès du mal.

M. Bretonneau cite un passage de Van Swiéten, qui affirme que ce moyen ne l'a jamais trompé.

Lepecq de la Clôture, chargé par le gouvernement d'observer les angines gangréneuses épidémiques dans la Normandie, en 1771 et 1776, dit que les malades qui se soumettaient à des applications topiques d'esprit de sel, guérissaient presque tous.

« Mais les enfans indociles, les paysans in« crédules périssaient, parce qu'on ne pouvait « les décider à se laisser toucher. »

L'identité de l'angine maligne et du croup bien constatée devrait amener l'identité de traitement, et le médecin de Tours a eu, *le premier*, l'heureuse idée d'opposer au croup la cautérisation, employée avec succès contre l'angine dite gangréneuse.

De nombreuses observations prouvent l'efficacité de ce traitement, et comme, d'après la remarque du même praticien, le croup commence presque toujours aux amygdales, il devient facile d'arrêter ses progrès, lorsqu'on l'attaque dès le début.

Mais le danger de l'angine maligne ne provient pas seulement de l'exsudation membraneuse, et des malades, comme nous le dirons plus tard, peuvent succomber quoique le larynx ne soit pas envahi. C'est le plus fréquemment avec l'apparence gangréneuse que l'on observe les vastes épidémies d'angine croupale.

Ce fait a paru si constant à M. Double qu'il n'admet pas de croup épidémique dépourvu de ce caractère.

Toutefois dans les petites localités nous avons vu le croup simple, c'est-à-dire sans gangrène ou putréfaction, attaquer successivement tous les enfans d'une même famille et se propager de l'un à l'autre à la manière des maladies contagieuses. Cette forme étant la seule susceptible de doute ou de controverse, c'est la seule aussi dont nous nous occuperons.

L'habitation de Mairé, dans la commune de Chenu, département de la Sarthe, est placée au sommet d'un coteau élevé et domine une vaste plaine dans laquelle serpente la rivière du Loir.

Cette ferme est isolée, les bâtimens sont vastes, la cour disposée de manière à donner un assez prompt écoulement aux eaux de pluie.

Le fermier Trottin, sa femme, cinq enfans, l'aîné de douze ans et le plus jeune de neuf mois allaité par sa mère, couchaient dans une même chambre à feu, grande et bien aérée.

Tous jouissaient d'une excellente santé, lorsque le nommé Broissin, journalier, affecté d'une angine tonsillaire couenneuse, vint au commencement de décembre 1827, travailler chez eux et manger au même plat.

Le médecin qui vit ce journalier assure que le pharynx était tapissé de plaques blanches qui se détachaient sous forme de blanc d'œuf cuit et dont les parcelles nageaient dans des mucosités sanguinolentes.

Je ne vis cet homme qu'un mois après; il souffrait encore de la gorge; les amygdales, la luette, le pharynx étaient alors d'un rouge vif, la pituitaire était sèche, la parole résonnante et nazillarde, la déglutition difficile, les boissons revenaient souvent par les narines.

Quoi qu'il en soit, huit jours après ses premières relations avec la famille Trottin, une petite fille de trois ans parut légèrement enrhumée aux parens.

Le huitième jour, elle mourut suffoquée, pendant qu'on allait chercher le médecin.

Huit jours après sa mort, son plus jeune frère âgé de cinq ans, est pris de vomissemens, puis d'un peu de douleur à la gorge.

Cinq jours plus tard, le frère aîné se plaint du même mal; c'est alors que je suis appelé.

L'examen du pharynx ne laisse aucun doute sur l'existence du croup, sans fétidité de l'haleine, sans apparence gangréneuse des concrétions lichénoïdes. (*Observ.* 2e, 3e, 4e, 5e.)

Le 6 janvier, la sœur âgée de neuf ans, présente les premiers symptômes de la diphtérite.

Le croup sans aspect gangréneux, sans putréfaction de membranes, a donc, dans l'espace d'un mois, attaqué successivement quatre enfans d'une même famille.

Sa succession fut lente; des trois derniers que j'ai visités avec M. Lepingleux, médecin de Vaux, le plus jeune était à la période extrême.

Son frère, plus âgé, qui en même temps avait été son camarade de lit, était pris depuis peu et des taches croupales faisaient des progrès rapides.

Enfin, sa sœur avait un peu de rougeur au pharynx; rien ne prouvait encore qu'elle dût avoir l'angine membraneuse; elle avait partagé le lit de la première malade, et douze jours s'écoulèrent entre la mort de celle-ci et l'apparition du croup chez celle-là.

Les quatre enfans dont les rapports étaient habituellement intimes et qui avaient précédemment mangé au même plat que le journalier malade, furent seuls atteints.

Le plus jeune, allaité par sa mère, couchant près de sa nourrice, a occupé impunément la même chambre que ses frères et sœurs.

Marteau de Grandvilliers, MM. Bretonneau et Guersent ont remarqué que le croup épidémique avait pour caractère de ne pas se répandre sur un grand nombre de sujets à la fois.

Ses attaques en détail sont plus perfides en ce que l'attention n'est pas éveillée.

Le 15 août 1829, je fus appelé par le jeune Raimond de M*. (*Observation* 6e.) atteint d'un croup en apparence isolé.

Les parens assuraient qu'il n'y avait pas eu de maux de gorge répandus dans la commune.

Cependant les renseignemens que je pris ensuite auprès d'un officier de santé de l'endroit me donnèrent la certitude que, depuis cinq mois, six enfans de différentes habitations avaient succombé à l'angine membraneuse.

Si l'affection a été transmise des uns aux autres, elle n'a pu l'être que par des voies indirectes qu'il n'était plus temps de spécifier, et je ne cite ce fait que comme un exemple de la lenteur insidieuse avec laquelle les malades du croup se succèdent dans une même localité.

Cependant la succession est plus prompte, lorsqu'elle semble résulter de relations directes.

Le 12 octobre 1829, je vis dans la commune de Villebourg une première malade arrivée à la période extrême du croup. (*Observation* 7e.)

Le 30 du même mois, j'examinai la gorge de trois enfans, voisins de la jeune fille, et qui l'avaient visitée. Tous les trois avaient été, à quelques jours d'intervalle, pris d'angine membraneuse. Une prompte cautérisation s'était opposée à l'envahissement du larynx. Le jeune Péan, dernier de ces trois malades, offrait à chaque amygdale une tache grise de la largeur d'une pièce de 20 sous, cernée par un bourrelet ou cercle rouge saillant, qui donnait aux concrétions l'apparence d'ulcères tapissés par des eschares.

Le croup s'éloigne de la rougeole et de la scarlatine, par la lenteur avec laquelle ses épidémies se dessinent; mais il s'en rapproche par la facilité avec laquelle il se propage sous l'influence de relations indirectes immédiates.

M. Bretonneau en connaît plusieurs exemples remarquables.

Le suivant m'a paru décisif; je le dois aux communications bienveillantes de cet honorable confrère :

Une femme du village de Vaux, département d'Indre-et-Loire, s'en va à trois quarts de lieue de son domicile, donner des soins à sa fille âgée de quatorze ans, domestique à Blairé, chez M. Lemaître où un jeune enfant venait de mourir du croup.

Pendant cinq jours, elle assiste sa fille gravement malade de l'angine maligne, et soumise à des applications de nitrate d'argent et d'acide hydro-chlorique qui amènent une heureuse convalescence.

Cette femme revient seule à son village de Vaux; quinze jours après son retour, son autre fille âgée de neuf ans, qui n'avait pas communiqué avec sa sœur de Blairé, est à son tour affectée de l'angine maligne.

Le médecin de la Croix de Blairé conseille des applications de sangsues et des gargarismes émolliens; au quatrième jour, toux croupale, suffocation, terminaison funeste du septième au huitième.

Un frère âgé de trois à quatre ans éprouve les symptômes de la maladie, trois jours avant la mort de sa sœur; au quatrième jour le pha-

rynx est envahi par de fausses membranes.

Des applications de nitrate d'argent sont recommandées par deux médecins de Tours : l'on ignore si elles ont été faites, l'enfant a succombé.

Trois enfans d'une même famille sont successivement aux prises avec la même maladie ; le premier demeure à trois quarts de lieue des deux autres. Lorsque le mal franchit de telles distances, croira-t-on que c'est par hasard qu'il épargne les étrangers et s'adresse à des parens ? N'est-il pas plus logique, lorsqu'on voit un conducteur intermédiaire, de l'admettre comme cause de la propagation ?

Ainsi, à Château-du-Loir, un jeune clerc meurt dothinentérique ; sa nièce est prise plus tard de la fièvre typhoïde ; ils n'ont pas communiqué directement, mais la mère et la grand'-mère ont circulé du premier malade à la seconde.

La rougeole bondit de la commune de Montabon au collége de Château-du-Loir ; la mère d'un des élèves avait précédemment visité son fils au sortir de chez les malades.

De ce même collége, la scarlatine arrive à une extrémité opposée de la ville ; un élève, demi-pensionnaire, allait chaque jour de l'un à l'autre endroit.

La dysenterie se propage ainsi de l'hôpital de Vendôme à un malade retenu dans une maison éloignée du foyer de l'épidémie.

Ces différentes maladies dans leurs excursions en apparence irrégulières ne transmigrent donc pas au hasard ; fréquemment on peut expliquer leurs caravanes par des tiers, facteurs de ces fâcheuses correspondances, agens et conducteurs, mais non victimes de la contagion.

Quand le croup se répand en grand, il revêt alors la forme gangréneuse.

Les différens auteurs qui l'ont décrit ainsi ont remarqué qu'il attaquait des familles entières, se communiquant des enfans aux nourrices, aux parens *et vice versâ*, en raison des soins et de l'intimité des relations. C'est alors surtout qu'aucun âge n'en est exempt, quoique la maladie soit plus commune chez les enfans.

L'on retrouve encore dans les foyers épidémiques des immunités inexplicables ; enfin malgré les assertions contraires de différens auteurs, des médecins qui ont vu fréquemment cette maladie doutent que le vrai croup puisse attaquer plusieurs fois le même sujet.

Les causes du croup, comme celles de toutes les maladies contagieuses, sont inconnues. Dans les unes et dans les autres, il existe quelque chose en dehors de ce que nous voyons.

Le croup n'est pas seulement une angine avec formation de fausses membranes. L'angine et la pseudo-membrane sont les effets d'un agent inappréciable et sont eux-mêmes précédés de désordres plus généraux.

Le sang des dyphthériques transsude avec une grande facilité. M. Double range les épistaxis au nombre des signes précurseurs du croup. M. Bretonneau a démontré que cette transsudabilité du sang contre-indiquait les saignées.

La même disposition aux hémorrhagies se retrouve dans la dothinentérie, la rougeole, la scarlatine, le choléra, etc.

Dans la première de ces maladies, fréquemment le sang suinte des gencives, des lèvres, de la langue, et se concrète sous forme de membranes ou enduits fuligineux.

M. Andral a observé que les hémorrhagies étaient plus fréquentes après les saignées ; celles-ci rendent en effet le sang plus fluide.

« Il nous paraît remarquable que ce soit à la « suite de saignées pratiquées trois jours de « suite, que surviennent ces abondantes épi- « staxis dont l'application précéda celle des « symptômes adynamiques.

« Dans l'hiver de 1829, nous avons vu chez « cinq élèves en médecine atteints d'une fièvre « continue légère, de larges saignées pratiquées « coup sur coup, être suivies d'épistaxis répé- « tées, qui furent elles-mêmes comme le pré- « lude d'un état ataxique ou adynamique des « plus graves. »

La spécialité est un des caractères du croup comme de toutes les maladies transmissibles ; le danger de cette espèce d'angine provient plus de l'exsudation plastique que du principe inconnu dont elle est l'effet.

La cautérisation par l'acide hydro-chlorique ou une solution de nitrate d'argent, arrête le développement des concrétions lichénoïdes du croup simple et du croup gangréneux ; mais, dans ce dernier cas, des malades succombent non par asphyxie, mais à une espèce d'empoisonnement et de trouble général de l'organisme.

Alors, comme dans l'angine scarlatineuse, les moribonds présentent des symptômes cérébraux parmi lesquels la perte de la vue est un des plus ordinaires. Cette maladie, comme les précédentes, n'est donc pas seulement une affection locale. Localiser les maladies contagieuses, c'est transformer la partie en tout, c'est prendre l'effet pour la cause.

Quelques faits de plus n'ajouteraient rien à ma conviction sur la cause des épidémies de nos petites localités, et ne pourraient persuader ceux qui douteraient encore de la propagation des maladies par contagion.

Si l'on oppose à mes observations les expériences de médecins qui ont porté impunément les membranes croupales au fond de la gorge, qui se sont inoculé le sang des cholériques, qui ont goûté les matières vomies, etc., etc.

Je répondrai que leurs courageuses épreuves ne détruisent point des faits recueillis tels qu'ils s'offrent naturellement, et nous ne connaissons pas assez les secrets de la contagion pour l'imiter dans ses actes.

Les conséquences que j'ai déduites des épidémies de fièvres typhoïdes conviennent, à peu de choses près, aux différentes maladies contagieuses ; il est inutile d'y revenir.

Quant à la thérapeutique, je crois qu'il faut désespérer de trouver des médicamens doués d'une action directe sur la marche ou la durée de ces affections.

La cautérisation combat avec succès un effet meurtrier du croup ; mais lorsqu'il est d'une nature plus maligne, sans qu'on sache à quoi tiennent ces degrés différens d'une même maladie, les sujets affectés succombent sous une influence délétère inconnue.

Il est des moyens préservatifs qui pourraient être employés avec succès dans nos campagnes.

Les malades empoisonnent leurs familles, parce qu'ils ont horreur de l'hôpital; il suffirait dans chaque commune d'une maison d'asile de quatre lits disponibles qui recevraient à la fois l'individu affecté et une ou deux gardes, dont le service serait coupé par des temps de repos. Si chaque mairie possédait un registre des épidémies qui ont affligé la commune, le médecin trouverait sur la liste des anciens malades, des individus aptes à soigner impunément les nouveaux. L'on choisirait de préférence les parens ou amis qui offriraient cette condition d'immunité.

Des familles nombreuses ne seraient point encombrées et infectées, l'isolement des malades permettrait de donner de l'air aux appartemens qu'ils occupaient, de battre au dehors les matelas, d'exposer les vêtemens, les couvertures à l'action des vents, de lessiver et laver le linge; les convalescens seraient tenus éloignés pendant un certain temps et dans les maisons d'asile même; leurs effets auraient été soumis aux soins d'une propreté bien entendue.

Une bonne administration locale, des conseils municipaux éclairés arriveraient facilement à ces résultats.

Une maladie contagieuse peut être le préservatif d'une autre, par exemple, la vaccine de la variole.

Elles se remplacent probablement parce qu'elles se ressemblent. C'est une voie ouverte à une médecine homœopathique réelle.

J'aurais voulu savoir si les scarlatineux sont moins aptes à la rougeole, si la variole préserve de quelque maladie éruptive.

Si la dothinentérie garantit du choléra-morbus ou psorentérie, nom adopté par M. Serres qui indique suffisamment les points de ressemblance de ces deux affections.

Il serait possible, en effet, que les dothinentériques fussent moins aptes au choléra, les varioleux à la scarlatine; toutefois mes recherches ne sont pas assez nombreuses pour être concluantes.

L'on a souvent comparé l'action des venins à celle des virus contagieux.

Il existe entre eux une différence pratique sensible; les substances absolument poisons, comme par exemple le venin de la vipère, ne manquent pas leur effet.

D'après les expériences de Fontana, quelques animaux annélides ou endobranches ne sont pas incommodés par l'insertion du venin de la vipère; à part cette classe, les immunités n'existent plus, tandis qu'elles sont fréquentes, même après l'insertion d'un virus.

Tous les ans nous voyons dans nos campagnes des journaliers mordus par des vipères.

L'action du venin est immanquable et tellement prompte que les secours arrivent après l'effet produit.

L'alkali volatil est habituellement prescrit; cependant les nombreuses expériences de Fontana ont démontré que son action est plus nuisible qu'utile.

Une jeune fille de douze ans, mordue au doigt, a succombé le douzième jour, et pour tout traitement, des frictions ammoniacales avaient été recommandées par son médecin; les ventouses scarifiées, la compression sont toujours employées trop tard, car le poison agit en quelques minutes.

J'ai vu réussir un moyen perturbateur qui, modifié, pourrait être appliqué aux cas graves.

Deux élèves de l'Ecole Polytechnique étant à la chasse, virent une vipère mordre leur jeune chienne. Au bout de quelques minutes, sa joue fut très tuméfiée, puis le cou et la poitrine.

Rentrés chez eux, les chasseurs passèrent une broche rougie dans la peau, près du point où ils croient apercevoir la morsure.

En moins de deux heures, la joue reprit son volume naturel; pareille opération faite au cou fut suivie du même succès.

La chienne ne donna aucun signe de douleur, l'insensibilité des parties tuméfiées était complète, et dans plusieurs points on enfonça des aiguilles sans qu'elle le sentît.

Elle reprit promptement sa gaîté et son ardeur à courir. Le lendemain, elle n'avait plus qu'un très léger gonflement au devant du thorax.

Un moyen si cruel en apparence peut être adopté par la médecine vétérinaire. Le médecin, en le modifiant, en obtiendrait sans doute des avantages: ainsi un ou plusieurs sétons, dont la mèche serait imprégnée de caustiques, pourraient combattre l'énorme tuméfaction qui suit les morsures de la vipère; et malgré la différence que nous avons fait ressortir entre les maladies virulentes et les accidens produits par l'insertion d'un venin, si nous étions consultés tardivement par un individu redoutant les suites de la morsure d'un animal hydrophobe, nous n'hésiterions pas à placer entre la plaie cicatrisée et les centres de la circulation, sur le trajet des vaisseaux absorbans, plusieurs sétons dont les mèches serviraient de conducteurs à des caustiques.

GENDRON.

MÉMOIRE SUR L'ENGORGEMENT TUBERCULEUX DES TESTICULES; par le docteur BÉRARD jeune, *chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé en exercice de la Faculté de Paris.*

L'engorgement tuberculeux des testicules que l'on trouve décrit sous le nom *d'engorgement scrophuleux*, *de sarcocèle tuberculeux*, est une affection qui, malgré sa fréquence, et les caractères tranchés qu'elle présente dans sa marche, est, pendant long-temps, restée confondue avec la plupart des autres engorgemens des glandes séminales; mais depuis quelques années, elle a été décrite isolément par quelques chirurgiens, notamment par A. Cooper (1), MM. Cruveilhier (2), Roux (3), Dupuytren (4). En publiant un Mémoire sur ce sujet, je mettrai à profit les travaux de ces maîtres de l'art, et j'y ajouterai le résultat d'observations assez nombreuses que j'ai recueillies dans un service où se présentent des affections de toute sorte des organes de la génération.

Les organes glanduleux sont rarement affectés de tubercule; le testicule fait exception à

(1) On the diseases of the testis, chapter VII, p. 91.
(2) XXVe Bulletin de la Société anatomique, 1re série, p. 449.
(3) Dictionnaire de médecine, tom. XIX, p. 106.
(4) Leçons orales, tom. I, p. 100.

cette loi. Ici, comme dans les autres parties du corps, la matière tuberculeuse se présente tantôt sous forme d'infiltration, tantôt sous forme de masses isolées; elle occupe soit le testicule, soit l'épididyme, soit le canal déférent, soit plusieurs de ces parties ensemble; les tubercules sont tantôt uniques, le plus souvent multiples, d'un volume variable; petits, ils se logent dans les intervalles cellulcux des conduits séminifères sans altérer leur structure; plus gros, ils envahissent les filamens du testicule et détruisent une portion de sa substance; les uns sont isolés, d'autres se réunissent, se touchent et donnent naissance à des masses plus ou moins considérables. La matière tuberculeuse infiltrée prend la place de la substance propre du testicule ou de l'épididyme, ensorte que ces parties semblent entièrement désorganisées. On a vu des prolongemens de cette matière s'étendre du noyau d'engorgement dans les parties saines de l'organe, le long des cloisons fibreuses qui se détachent de la face interne de la tunique albuginée. Dans quelques cas enfin, l'épididyme et le canal déférent dilatés semblent injectés avec de la substance tuberculeuse semi-fluide; j'ai vu une semblable injection s'étendre jusqu'aux vésicules séminales et à la prostate.

La maladie est rarement bornée à un seul testicule; dans l'épididyme, la tête de ce conduit est plus souvent affectée que la queue.

Les changemens qui surviennent dans la matière tuberculeuse depuis son état de crudité jusqu'à celui de ramollissement, changemens qui ont été si bien décrits par M. Laennec, ne présentent dans le testicule rien de particulier à noter sous le point de vue de l'anatomie pathologique; je m'en occuperai plus loin en parlant des symptômes de cette affection.

L'affection tuberculeuse du testicule atteint rarement les enfans; elle se développe surtout à l'époque de la puberté et dans les premières années qui la suivent; elle sévit de préférence sur les hommes d'un tempérament lymphatique; chez plusieurs des malades que j'ai vus ou dont j'ai lu l'observation, la suppression d'un écoulement blennorrhagique avait précédé d'un ou plusieurs mois l'apparition de la maladie; d'autres avaient eu des symptômes vénériens sans blennorrhagie, d'autres enfin avaient éprouvé une contusion du scrotum. Dans les autres cas, les causes efficientes de cette affection sont restées inconnues.

La maladie débute le plus souvent par l'épididyme, et ce n'est parfois qu'après que ce corps est ulcéré que l'on voit le testicule s'engorger. Dans tous les cas, la tuméfaction se produit sans douleur, sans changement de couleur à la peau; elle s'accroît lentement et peut rester des mois et même des années, avant de produire d'autre incommodité que celle qui résulte du poids ou du volume de la partie affectée. Chez les enfans, le mal peut être longtemps ignoré, et c'est par hasard que les personnes qui leur donnent des soins découvrent les changemens qui se sont opérés dans le scrotum. En palpant cette région, on rencontre une ou plusieurs tumeurs globuleuses, dures, presque indolentes à la pression, mobiles sous la peau et faisant corps avec le testicule, l'épididyme ou le canal déférent. Dans les intervalles de ces tumeurs globuleuses, on trouve un tissu mou, élastique, dont la pression provoque des douleurs semblables à celles que détermine la pression du testicule, et qui est évidemment formé par la substance saine de cet organe. Quand les tubercules sont nombreux et parvenus à leur entier développement, ils donnent au scrotum un volume double ou triple de celui qui lui est ordinaire. La forme générale de la tumeur est globuleuse, avec des saillies arrondies plus petites. Si les deux côtés sont affectés, chaque moitié présente une figure ovoïde. Mais, après un temps variable, les tubercules finissent par se ramollir; la peau qui les recouvre prend une couleur d'un rouge plus ou moins foncé, parfois livide; elle contracte des adhérences avec la portion superficielle du tubercule, et, soit qu'amincie de plus en plus elle finisse par s'ulcérer, soit que l'instrument la divise, elle laisse échapper un liquide jaunâtre assez semblable au pus, mais qui en diffère cependant en ce qu'il est mal lié et qu'il est facile d'y découvrir des parties moins liquides que les autres. Si l'incision du tubercule est faite trop tôt, il pourra s'échapper de la matière concrète; on a vu dans un cas une masse tuberculeuse du volume d'une châtaigne se présenter à une ouverture du scrotum que le chirurgien avait pratiquée pour donner issue au pus d'un abcès, et sortir d'elle-même au bout de vingt-quatre heures. Le ramollissement ne survient pas à la fois dans tous les tubercules; le même travail se forme à plusieurs reprises, en différens points du scrotum. J'ai déjà dit que l'épididyme était habituellement le premier affecté; ce sont aussi les tubercules qu'il renferme qui s'ouvrent le plus tôt à l'extérieur. Cette dernière circonstance ne pourrait-elle pas être attribuée à ce que l'enveloppe fibreuse des testicules apporte pendant assez long-temps un obstacle à la transmission de la maladie des parties profondes vers la peau.

Si, à cette époque, on examine les désordres dont le scrotum est le siége, on trouve une ou plusieurs cavités à surface inégale, quelquefois partagées en loges par des cloisons irrégulières; leurs parois ont une dureté variable; elles sont à demi remplies de matière tuberculeuse ramollie, et communiquant à l'extérieur par un trajet tantôt direct et sans décollement de la peau, d'autres fois plus étendu, sinueux et véritablement fistuleux. Le scrotum peut ainsi offrir un certain nombre d'ouvertures, qui toutes ont succédé à l'évacuation de la matière tuberculeuse. M. Dupuytren (1) a remarqué que, dans le cas où la maladie est rebelle, le testicule devient mollasse, fongueux et semblable au tissu qu'on trouve autour des articulations atteintes de tumeur blanche.

Existe-il des cas plus heureux dans lesquels la résolution s'opère, et la cause morbide disparaisse peu à peu? Sans pouvoir citer de fait à l'appui d'une semblable terminaison, je crois qu'il en est parfois ainsi; les observations faites par Delpech (2) laissent peu de doute sur la pos-

(1) Leçons orales, tom. Ier, p. 102.
(2) Maladie chir., tom. III, p. 635.

sibilité de la résorption des tubercules.

Mais le plus souvent la suppuration survient; alors, et quand le foyer est ouvert, on ne voit point les parois se recoller promptement; les ouvertures continuent à donner issue à une humeur parfois exactement semblable au pus de bonne nature, d'autres fois brunâtre, séreuse, et, dans quelques cas, la liqueur séminale coule en partie par l'ouverture fistuleuse; sa quantité augmente pendant l'orgasme vénérien, le linge sur lequel elle se répand se durcit par plaques, comme s'il était empesé. Dans une observation, donnée par Swédiaur, comme un engorgement scrofuleux du testicule, il est dit : Que des filamens blancs évidemment formés par les conduits séminifères, sortirent à travers la peau ulcérée (1). L'orifice de ces fistules se garnit parfois de végétations volumineuses, assez semblables à celles qui recouvrent certains cancers ulcérés. A la longue l'écoulement diminue, les parois des foyers se recollent, les plaies se ferment, et des cicatrices déprimées et adhérentes occupent la surface du scrotum. Cette guérison peut se faire attendre une ou plusieurs années; je pense que dans ces cas, un des principaux obstacles à la guérison se trouve dans la disposition des parois des foyers tuberculeux; leur dureté s'oppose à leur affaissement, que prévient encore l'augmentation d'épaisseur de la tunique albuginée du testicule. Si la substance du testicule a été peu compromise; l'organe conserve à peu près sa forme et sa grosseur naturelles, et la sécrétion spermatique n'est pas sensiblement diminuée; mais dans certains cas, la glande est réduite à un petit volume, la surface reste inégale, et ses fonctions sont affaiblies ou entièrement détruites. Ces désordres affectent les deux testicules simultanément, ou ce qui est plus fréquent, ils les atteignent l'un après l'autre; le voisinage de ces organes ne peut être considéré comme la cause absolue de la transmission de la maladie de l'un à l'autre; en effet, j'ai vu dernièrement un malade, chez lequel le testicule droit est resté dans le canal inguinal; il y a deux mois que l'épididyme de ce côté a commencé à grossir et à devenir dur et globuleux, tandis que le corps du testicule gauche, logé dans le scrotum, est affecté depuis deux ans.

Le testicule tuberculeux peut-il passer à l'état cancéreux? Malgré l'autorité de grands chirurgiens, je ne crois pas devoir admettre une semblable terminaison. Je pense que, dans le cas où le cancer a paru succéder au tubercule, il y avait une complication de deux maladies.

Les tubercules du testicule peuvent être confondus, pendant leur première période, avec le squirrhe et le tissu cérébriforme. Cependant ils diffèrent de ces deux maladies par les circonstances suivantes : Ils ne sont jamais le siége de douleurs lancinantes; leur compression ne fait naître aucune souffrance; leur dureté est moindre que celle du tissu squirrheux et plus grande que celle du tissu encéphaloïde; ils sont presque toujours multiples et se développent plutôt dans l'épididyme que le testicule; leur production est successive et va souvent d'une glande à l'autre; leur surface est arrondie et bien circonscrite, ce qui n'existe pas dans le squirrhe; dans leurs intervalles on sent la substance du testicule saine.

Il est encore plus facile de les distinguer quand ils sont arrivés à leur période de ramollissement. La même indolence persiste; les ganglions lymphatiques restent exempts d'altération; la santé générale n'est pas détériorée. Une fois ouverts, l'écoulement de la matière tuberculeuse ramollie achève d'éclairer le diagnostic. J'ai dit que les fongosités d'apparence cancéreuse bourgeonnaient parfois à l'orifice des conduits fistuleux; mais ces fongosités ne sont pas traversées par des douleurs lancinantes et d'autres tumeurs tuberculeuses à différens degrés d'évolution peuvent être senties dans le scrotum.

Est-il facile d'établir le diagnostic entre les tubercules disséminés et ceux à l'état d'infiltration? Je regrette de ne pouvoir éclairer cette question par le résultat d'observations nombreuses dont l'exactitude ait été confirmée par l'inspection anatomique. Sur un sujet destiné aux leçons de M. Cruveilhier, un testicule était dur, sans augmentation notable de volume; la matière tuberculeuse était infiltrée dans la moitié supérieure du corps de cet organe. Les tubercules disséminés se reconnaîtront sans doute à des tumeurs multiples et globuleuses, saillantes à la surface du testicule; tandis que ceux infiltrés pourront augmenter le volume et la densité du testicule, sans altérer sa forme.

L'engorgement tuberculeux du testicule est une maladie fâcheuse; il peut entraîner la destruction d'une partie ou de la presque totalité du testicule, et dans tous les cas, la guérison se fait long-temps attendre. Comme affection tuberculeuse, deux questions se présentent ici à discuter, je les traiterai brièvement, laissant aux médecins le soin de les éclaircir.

1° L'individu porteur d'un tubercule dans le testicule en a-t-il nécessairement dans les poumons? En considérant que les tubercules des testicules affectent surtout les individus d'un tempérament lymphatique et qu'ils se développent à un âge où la phthisie pulmonaire est fréquente, on peut craindre que cette fâcheuse complication n'existe, sinon dans tous les cas, du moins dans le plus grand nombre; cependant, on ne pourrait citer que quelques observations où la même maladie eût à la fois envahi les poumons et les testicules; dans toutes les autres, ces derniers organes ont paru seuls affectés, et après la guérison les malades n'ont offert aucun signe d'affection tuberculeuse;

2° La présence de tubercules dans les organes de la génération doit-elle entraîner la nécessité de la castration, afin de prévenir le développement d'une affection semblable dans des organes plus importans; le poumon par exemple? Non, sans doute; rien ne prouve en effet que la matière tuberculeuse résorbée jouisse de la funeste prérogative de provoquer dans les organes, la formation de tumeurs de même nature; j'ajouterai que la guérison de l'altération locale chez les individus que j'ai vus, n'a été suivie d'aucune affection tuberculeuse générale.

(1) Dict. des Sc. méd., tom. L, p. 21.

Traitement. — L'emploi général des moyens propres à combattre le tempérament lymphatique devra être mis en usage pendant toute la durée de la maladie ; il faudra cependant éviter les exercices dans lesquels le scrotum peut éprouver quelque contusion ; telle est l'équitation. Quant aux moyens locaux, ils devront varier selon l'état dans lequel se trouvent les tubercules ; ainsi, pendant leur période de crudité, on aura recours aux médicamens qui peuvent en procurer la résolution ; des frictions faites avec les diverses préparations d'iode, de mercure, de cantharides et des substances emplastiques dans lesquelles entrent ces médicamens, laissées à demeure à la surface du scrotum.

D'après Delpech, l'inflammation des parties qui environnent les tubercules amène promptement leur terminaison par suppuration. Si cette opinion est exacte, il faut avoir soin de surveiller l'action des médicamens, afin d'en suspendre l'emploi dès qu'il apparaîtra de la douleur, pour recourir à des applications émollientes. Mais, c'est en vain que, dans le plus grand nombre des cas, on tente la résolution des tubercules : ces productions accidentelles marchent presque toujours vers le ramollissement. Lorsque cette terminaison a lieu, faut-il attendre que la masse soit entièrement fluctuante, avant d'en faire l'ouverture, ou bien doit-on donner promptement issue aux portions ramollies ? Cette dernière pratique me paraît préférable, en ce que l'on prévient par là un amincissement considérable de la peau, son décollement dans une grande étendue, et parfois la formation de véritables abcès, qui se développent entre le foyer tuberculeux et la peau. Une fois la tumeur ouverte et la suppuration établie, il faut continuer sur les points non altérés du scrotum les moyens topiques indiqués plus haut ; si les trajets fistuleux persistent, et qu'ils soient dus au décollement de la peau, il faut inciser et quelquefois exciser cette membrane. On provoquera l'adhésion des parois du foyer tuberculeux, en poussant à son intérieur des injections détersives, excitantes, etc., telles que le vin d'Oporto, l'eau de chaux, la dissolution de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent, de teinture de cantharides. Si malgré ces moyens les fistules persistent, il faut persévérer dans la même méthode de traitement, en variant l'emploi des médicamens indiqués plus haut ; y joindre des douches d'eaux minérales hydro-sulfureuses, salines, savonneuses, ferrugineuses ; les bains de mer, etc.....

Dans les cas où la substance tuberculeuse ramollie et évacuée a déterminé la formation d'un grand nombre de fistules qui aboutissent à différens points du scrotum, et dont la cicatrisation reste rebelle à tous les moyens que j'ai fait connaître, doit-on recourir à la castration ? L'ablation du testicule, en substituant une plaie simple, faite aux dépens de tissus sains, à une tumeur creusée de cavernes tuberculeuses, de trajets fistuleux ; devra procurer une prompte guérison et soustraire le patient aux ennuis d'une maladie longue et aux dangers d'une suppuration intarissable. Aussi des chirurgiens recommandables l'ont-ils conseillée et mise en pratique avec succès : cependant, si l'on considère que l'opération de la castration n'est pas toujours exempte d'accidens graves et même mortels, que dans aucun cas d'affection tuberculeuse simple on n'a vu la maladie revêtir des caractères de mauvaise nature, que les individus chez lesquels elle a été abandonnée à elle-même n'en ont ressenti aucune altération générale grave, que dans quelque cas le scrotum s'est cicatrisé après une suppuration de plusieurs années, et que les fonctions viriles n'ont pas été abolies, ainsi qu'on en peut voir actuellement un exemple à l'hôpital des Vénériens, on concevra quelques doutes sur la nécessité de l'ablation du testicule.

L'extrême difficulté d'obtenir la résolution des tubercules fait pressentir que, dans le plus grand nombre des cas, la période de ramollissement amènera des abcès dans le scrotum, et par suite des désordres dans la substance du testicule et des ulcères fistuleux dont la guérison sera difficile à obtenir. Ne serait-il pas plus avantageux de prévenir cette terminaison, en incisant de bonne heure les masses tuberculeuses encore dures, et en les extrayant de leurs kystes, comme de véritables corps étrangers. Les plaies résultant de ces opérations ne seraient-elles pas disposées à une prompte cicatrisation, et la substance du tubercule ne se trouverait-elle pas plus sûrement préservée de la désorganisation que la fonte des tubercules lui fait trop souvent éprouver ! Dans un cas où le volume et la forme du scrotum avaient fait reconnaître à mon frère la présence de grosses masses tuberculeuses dans le testicule, une large incision sur cette partie permit de faire sortir comme par une sorte d'énucléation le produit morbide qu'elle renfermait ; la guérison fut radicale et prompte, mais le testicule de ce côté resta complétement atrophié. Peut-être aurait-on pu éviter cette atrophie en n'incisant que les masses tuberculeuses et en ménageant la substance du testicule. On conçoit du reste que cette méthode de traitement ne sera applicable qu'au cas où la matière tuberculeuse est isolée ; elle serait impraticable pour ceux où elle est à l'état d'infiltration.

BERARD jeune,
Chirurgien de l'hôpital du Midi.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS SUR LA NON-RÉGÉNÉRATION DES NERFS DE LA VIE ANIMALE.

La régénération des nerfs de la vie animale, alternativement admise et combattue, semblait, depuis quelques années, en France au moins, une question jugée. A l'article *Cicatrisation des nerfs*, du Dictionnaire de médecine en vingt et un volumes, publié en 1822, M. Breschet analyse, avec beaucoup de sagacité, les expériences des physiologistes partisans de la régénération du tissu nerveux ; il combat leurs opinions, et, d'après ses propres recherches, il est porté à croire qu'il n'y a pas régénération.

Plus tard, en 1826, M. Ollivier dit, en parlant de la réunion des nerfs : *Si la division est avec perte considérable de substance, les deux bouts du nerf restent fort écartés, et ses fonctions ne se rétablissent jamais.*

Dans le but d'éclairer ce point important de physiologie pathologique, Tiedmann rassemble les faits épars dans les auteurs, se livre lui-même à des expériences sur les animaux, et le résultat de ses travaux le porte à conclure, sans hésitation, *que les nerfs se régénèrent; que les parties qui unissent les extrémités d'un nerf coupé sont évidemment de nature nerveuse; que cette substance jouit des mêmes propriétés que les nerfs; qu'elle transmet au cerveau les sensations qu'éprouvent les membres situés au dessous d'elle; enfin, qu'elle peut communiquer les ordres de la volonté.*

Préoccupé de l'idée de régénération, Tiedmann ne songe pas même à discuter la possibilité du retour de la sensibilité par le moyen des filets anastomotiques; et cependant, dans ses expériences, rien ne prouve la régénération, et tout s'explique par les anastomoses.

1° Ainsi Prévost coupe le nerf pneumogastrique sur deux chats, des deux côtés à la fois : l'un meurt quinze heures et l'autre trente-six heures après l'opération. N'est-il pas évident que, si les nerfs vagues concouraient seuls et sans le secours d'aucun autre filet nerveux, à l'acte respiratoire, la mort aurait dû être instantanée? N'est-il pas probable que la vie a été entretenue pendant quelques heures par des filets anastomotiques venant des nerfs voisins, mais trop faibles pour suffire à la respiration, et remplacer de suite les nerfs coupés?

2° Quand, au contraire, il a divisé le nerf vague du côté droit pour couper, quatre mois après, celui du côté gauche, l'espace de temps écoulé était suffisant pour que des anastomoses eussent rétabli le cours de la sensibilité du côté primitivement lésé; la section du nerf du côté opposé a été supportée sans accident, et l'animal a pu continuer de vivre. Tiedmann en tire à tort, selon moi, cette conclusion, que, lors de le section du second nerf, les parties du premier s'étaient rapprochées, et, par leur réunion, s'étaient mis en état de continuer l'acte de la respiration.

3° Pour Tiedmann, le retour gradué de la sensibilité est une preuve de la régénération, et, à l'appui de cette proposition, il rapporte l'observation d'un jardinier qui eut le nerf et l'artère cubitale divisés. Cet accident fut immédiatement suivi de la perte du sentiment dans le petit doigt et l'annulaire; mais long-temps après la guérison, l'insensibilité se dissipa peu à peu. Si le retour de la sensibilité était dû à la régénération du nerf, elle devrait reparaître, au moins en partie, aussitôt que les deux bouts du nerf divisé seraient réunis, et c'est ce qui n'a pas lieu. Les anastomoses, au contraire, dont le développement se fait toujours d'une manière lente, expliquent très bien le retour gradué de la sensibilité et du mouvement.

4° La section des nerfs, opérée pour faire cesser une douleur qui se reproduit après, n'est pas plus concluante en faveur de Tiedmann. Au contraire, l'observation de Schott de Francfort prouve que le sentiment peut revenir, malgré toutes les précautions prises dans le pansement pour s'opposer à la réunion des deux extrémités du nerf divisé. Il faut donc un autre mode de retour à la sensibilité : c'est ce qu'on explique facilement par les filets de communication.

M. Breschet, dans l'article cité, pense que les filets anastomotiques augmentent d'énergie nerveuse comme les branches collatérales d'une artère se dilatent lorsque la circulation dans le tronc principal est interrompue. M. Pigné, dans le journal hebdomadaire, 1832 (tome 6, p. 397), s'était appuyé des mêmes raisons que M. Breschet pour combattre les conclusions de Tiedmann, conclusions tirées de ses dernières expériences.

Il manquait à l'appui de cette théorie des faits qui la justifiassent. Deux observations, que je dois à l'obligeance de M. Dupuytren, et deux que j'ai recueillies dans ma pratique particulière, me permettront de tirer des conséquences opposées à celles de Tiedmann, et qui cependant paraissent se déduire des faits : car, si nous prouvons qu'on peut enlever une partie considérable d'un nerf, tel que le cubital, sans qu'il y ait insensibilité ou paralysie dans les doigts où il se distribue, on sera forcé de convenir que ce nerf n'était pas le seul moyen de communication entre le petit doigt et l'annulaire, d'une part, et le cerveau de l'autre.

C'est ce que démontre l'observation suivante.

1re *Observation.* — Madame L. D. S. C., âgée de trente ans environ, d'une constitution éminemment lymphatique, tomba de cheval en 1822. La violence de la chute lui fit perdre connaissance; les membres avaient reçu diverses contusions que le repos seul avait suffi pour guérir.

L'année suivante, menacée de tomber encore de son cheval, madame *** fut retenue par son frère, qui la saisit fortement au bras gauche, et parvint à la maintenir en selle. Une vive douleur, bientôt suivie de syncope, accompagna cette compression, et, revenue à elle, cette dame avait encore de l'engourdissement dans les doigts de la main gauche, et une douleur très vive au dessus de l'articulation huméro-cubitale. Elle y porta la main, et rencontra une petite tumeur du volume d'un pois et excessivement sensible. Très probablement cette tumeur n'avait pas été causée par la compression exercée le jour même; elle était sans doute le résultat de la première chute, mais rien n'avait annoncé sa présence.

Six années se passèrent sans que madame *** parlât de cette tumeur. Cependant le mal faisait des progrès, et chaque fois qu'une pression ou une contusion portaient sur cette partie, il en résultait aussitôt douleur locale, fourmillement, engourdissement et paralysie momentanée des deux derniers doigts de la main, selon que le coup avait été plus ou moins fort.

Consulté par madame ***, en 1828, voici ce que j'observai : tumeur ovoïde, un peu aplatie, très mobile sous la peau, du volume d'un noyau d'abricot, développée dans l'épaisseur des parties molles, vers l'extrémité inférieure et interne du bras gauche, deux pouces environ au dessus de l'articulation huméro-cubitale. La compression détermine, selon son degré, les accidens que j'ai tout à l'heure énumérés. Le membre conserve son volume et la liberté des mouvemens.

Les résolutifs, les bandages compressifs, les douches, les sangsues, les applications narcotiques furent tour à tour mis en usage sans succès.

Appelés en consultation MM. Dupuytren et Marjolin pensèrent, l'un, que la tumeur était accolée au nerf et M. Dupuytren, se fondant sur une observation antérieure, présuma qu'elle existait entre les filets écartés du nerf cubital.

L'enlèvement fut conseillé, la malade s'y refusa; mais, quatre années plus tard, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule, perdu beaucoup de sa mobilité; la douleur était très vive à la moindre pression, le membre atrophié. Il fallut cette fois se résigner, et l'opération fut pratiquée immédiatement par M. Dupuytren.

Une incision découvrit la tumeur; il nous fut facile de voir qu'elle était développée au centre des filets du nerf cubital, qui se continuait sain et intact au dessus et au dessous. Cette tumeur, séparée des parties environnantes, fut serrée fortement entre deux ligatures. Ce temps de l'opération fut très douloureux, et détermina dans le petit doigt et l'annulaire un fourmillement qui disparut presque aussitôt. Le nerf cubital fut coupé entre deux ligatures, sans que la malade s'en aperçût. La portion enlevée a plus de deux pouces de longueur.

L'opération terminée, madame *** put immédiatement remuer ses deux doigts comme auparavant, et serrer les objets qu'on lui présenta. Elle ressentait seulement dans le petit doigt un engourdissement exactement semblable à celui qu'elle éprouvait par une compression légère de la tumeur avant l'opération, et elle avait de la peine à le rapprocher des quatre autres. Cette difficulté persista tant que les ligatures restèrent dans la plaie. Mais à peine furent-elles enlevées que le petit doigt revint brusquement près des autres, comme s'il eût été ramené par un ressort, et, à partir de ce jour (dix-huitième de la section), il n'y eut plus de gêne dans les mouvemens, et tout engourdissement disparut.

N'est-il pas évident que la sensibilité et la motilité non interrompue, malgré l'enlèvement du nerf principal, ont dû être entretenues par des filets provenant des autres nerfs du bras et de l'avant-bras, et qu'il n'y a pas lieu d'invoquer la régénération pour expliquer la continuation des fonctions?

IIe *Observation.* — La seconde observation a pour sujet l'enlèvement de deux pouces environ du nerf tibial postérieur; opération nécessitée par le développement au milieu de ses fibres d'une tumeur de nature squirrheuse.

Une paralysie complète de la partie inférieure de la jambe, du bord externe du pied et des deux derniers orteils, avec atrophie de ces parties, dura plus de dix-huit mois; mais peu à peu la sensibilité revint, gagna de proche en proche, et, deux ans après l'opération, le membre avait repris sa force et jouissait de toute sa sensibilité.

Sans avoir recours à la régénération des nerfs pour expliquer le retour du sentiment et du mouvement, on peut se rendre compte de ces phénomènes d'une manière plus satisfaisante et plus rationnelle par le développement des filets anastomotiques; et s'il a fallu un temps très considérable pour que le membre recouvrât toutes ses fonctions, on en trouve la raison dans le moindre développement de la sensibilité des membres inférieurs; et, de plus, l'anatomie démontre que les nerfs de ces parties ont infiniment moins de communications entre eux que les nerfs des extrémités supérieures. La différence des fonctions explique cette différence anatomique. Par suite de cette disposition naturelle, on conçoit que les anastomoses, beaucoup plus rares, ont dû se prêter plus difficilement au retour de la sensibilité; tandis qu'il n'y aurait aucune raison d'admettre que la régénération ne se fît pas aussi facilement à la jambe qu'au bras.

Dans les deux observations qu'il me reste à analyser, il n'y a pas eu enlèvement d'une partie du nerf; mais seulement division par une plaie transversale.

IIIe *Observation.* — Le sujet est un vitrier, nommé Montellon, âgé de vingt-neuf ans, qui, tombant du haut d'une échelle sur une marmite, se fit à la partie moyenne du bras gauche une large plaie transversale, qui divisa plusieurs muscles, l'artère et le nerf cubital. Il perdit aussitôt le mouvement et la sensibilité du petit doigt et de l'annulaire; et lorsque, huit mois après, il vint à l'Hôtel-Dieu (en février 1833), pour une autre maladie, à peine s'il existait un commencement de fourmillement dans ses deux doigts, restés demi-fléchis depuis son accident.

L'impossibilité des mouvemens peut très bien être attribuée à la lésion des muscles : mais pourquoi la sensibilité n'est-elle pas revenue? En adoptant l'opinion de la régénération des nerfs, on ne peut répondre à cette question : car la cicatrisation de la plaie aurait dû rétablir la communication entre le bout supérieur et le bout inférieur du nerf divisé, surtout lorsqu'il n'y avait pas perte de substance. Dans l'autre hypothèse, au contraire, il est aisé d'expliquer comment une plaie transversale assez étendue a dû diviser, avec le nerf cubital, un bon nombre des filets de communication venant des autres nerfs, et rendre par conséquent le retour du sentiment beaucoup plus long et plus difficile.

Dans les deux premières observations, les filets anastomotiques avaient été respectés. Les incisions nécessaires à l'enlèvement de chacune des tumeurs avaient suivi la longueur des membres, au lieu qu'ici la plaie existe en travers. On conçoit combien cette différence est importante dans le sujet qui nous occupe.

La dernière observation prouvera mieux encore combien la forme et la profondeur de la plaie influent sur le retour de la sensibilité et s'opposent à son rétablissement.

IVe *Observation.* — En 1825, Georges Picard fait une chute, et son avant-bras du côté droit porte sur un carreau cassé qui lui divise jusqu'à l'os la peau et les muscles de la région moyenne et interne de cette partie. La plaie a sept pouces d'étendue; elle est oblique et demi-circulaire. Il survient, outre l'hémorrhagie, une paralysie du mouvement et du sentiment dans les deux derniers doigts; la cicatrice s'opère, mais la paralysie persiste; et lorsque j'ai eu l'occasion de l'examiner à l'Hôtel-Dieu, en 1833, où il remplissait les fonctions d'infirmier, huit ans s'étaient écoulés depuis l'accident, le membre était atrophié, les doigts demi-fléchis; les trois premiers avaient un peu de sensibilité, mais l'annulaire et l'auriculaire étaient complétement insensibles.

En interrogeant ce malade, j'ai appris que chaque hiver sa main paralysée devient douloureuse, ses doigts gonflés et violets, et qu'au

bord cubital du doigt annulaire se forme une écorchure, une ulcération plus ou moins étendue, selon l'intensité du froid, suppurant peu, et ne guérissant qu'au retour du printemps. Cette ulcération est sans douleur pour le malade.

Dans cette dernière observation, la plaie a été plus profonde et plus étendue que dans la précédente; aussi le désordre qui a suivi est-il infiniment plus grave, puisque non seulement le mouvement et la sensibilité n'existent plus, mais qu'il ne reste pas même assez d'influx nerveux pour résister à l'action du froid dans les hivers ordinaires.

N'est-on pas en droit de conclure que la plaie a divisé en même temps que le nerf cubital tous les rameaux de communication avec les autres nerfs de l'avant-bras, et qu'ainsi a été enlevée à la sensibilité toute espérance de retour.

D'après les considérations qui précèdent, je me crois fondé à déduire les conclusions suivantes :

1° Les nerfs ne se régénèrent point ;

2° La sensibilité, persistant dans un membre après que le nerf principal a été coupé et enlevé en partie (*observ.* Ire), prouve que ce nerf n'était pas le seul agent de la circulation nerveuse ;

3° Les filets anastomotiques ou de communication expliquent très bien cette persistance ;

4° Que, si, dans le sujet de la deuxième observation, la sensibilité a été anéantie au moment de l'opération pour ne se rétablir qu'après deux années, c'est que les filets de communication sont moins nombreux aux extrémités pelviennes qu'aux extrémités thoraciques ;

5° Si, chez Montellon (IIIe *observ.*), la sensibilité a été très long-temps à reparaître ; si même elle ne revint jamais entièrement, c'est que la blessure a intéressé à la fois et le nerf cubital et la plupart des filets nerveux qui venaient des nerfs voisins, et par conséquent a rendu le retour de la circulation nerveuse beaucoup plus difficile ;

6° Chez Picard (IVe *observ.*), la plaie, plus profonde et plus étendue, a détruit tous les moyens de communication entre le nerf cubital et les branches anastomotiques collatérales, et tout espoir est perdu pour le rétablissement de la sensibilité ;

7° Enfin, s'il y avait régénération, on ne pourrait pas expliquer pourquoi elle n'aurait pas eu lieu précisément dans les deux observations (IIIe et IVe), où il y a eu section des nerfs sans perte de substance.

C'est qu'il n'y a pas régénération du tissu nerveux, plus qu'il n'y a retour du sang par le calibre d'une artère après sa ligature, mais que la sensibilité revient par les anastomoses dont l'énergie nerveuse augmentée supplée à l'action des nerfs divisés, comme la circulation se rétablit par la dilatation de branches collatérales.

B. Horteloup,
Médecin des hôpitaux de Paris.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES SUR LA LIGATURE DES ARTÈRES MISE EN PARALLÈLE AVEC LES PREMIERS PROCÉDÉS HÉMOSTATIQUES EMPLOYÉS POUR ARRÊTER LES HÉMORRHAGIES DES GROS VAISSEAUX DANS LES AMPUTATIONS.

Depuis quinze siècles au moins, l'on pratiquait des amputations *sans le secours des ligatures*, lorsque Ambroise Paré, instruit, dit-on, par la pratique des chirurgiens italiens et la méditation des ouvrages d'Aétius et de Paul-d'Egine, s'avisa d'appliquer ce procédé hémostatique aux gros vaisseaux ouverts dans les amputations.

Après quelques contestations assez mal fondées, du reste, cette opération, plus douce et non moins efficace que celle dont elle prenait la place, obtint tous les suffrages. Dès lors, l'on ne songea plus aux procédés qu'elle avait remplacés ; ceux-ci, relégués dans les anciens auteurs qu'on ne lisait plus, seraient probablement tombés dans un éternel oubli sans l'heureuse inspiration du docteur Koch de Munich qui résolut de les réhabiliter en Allemagne comme je tente de le faire chez nous.

A cette fin, j'exposerai brièvement les procédés opératoires des anciens; j'indiquerai les modifications et les perfectionnemens dont ils sont susceptibles ; puis, plaçant sous un jour plus favorable les opinions et les faits qui plaident en leur faveur, j'éclairerai leur application de considérations théoriques et pratiques qui manquaient aux médecins des premiers temps, pour faire marcher de pair ces deux parties de leur art.

La contradiction des ouvrages anciens et modernes sur la nécessité des ligatures dans les amputations, paraît, tout d'abord, si évidente, qu'il ne sera pas sans intérêt d'examiner par opposition les principes de deux doctrines si différentes. En effet, les préceptes des premiers chirurgiens qui proclament sans restriction l'efficacité des procédés hémostatiques les plus simples, sont aussi clairs et aussi précis que ceux des modernes qui les regardent comme inutiles et dangereux.

Je me hâte de le dire par avance, l'examen de cette question, sans donner entièrement gain de cause aux anciens, jette au moins des doutes motivés sur la nécessité des ligatures dans les amputations, et rappelle l'attention des praticiens sur des procédés hémostatiques si long-temps couronnés de succès.

C'est un fait avéré pour tous, les premières opérations furent pratiquées d'urgence, si l'on peut ainsi dire, et dans une ignorance presque complète des connaissances anatomiques et physiologiques qui eussent été indispensables pour les rendre moins nuisibles qu'avantageuses aux malades ; si les procédés les plus simples n'avaient été de prime-abord, et par le fait même, trouvés suffisans.

Mais avec le temps, vinrent des insuccès, exceptionnels sans doute, dont on ne sut pas saisir la cause. Dès lors aussi, les opérateurs se crurent autorisés à modifier, au moins pour ces cas, les procédés ordinaires et à leur en substituer

de plus actifs. Ceux-ci, entachés d'inconvéniens moins immédiats, usurpèrent un crédit qu'ils ne méritaient pas, et passèrent dans la science comme remplissant avec plus de certitude l'indication première qu'on se proposait d'atteindre, l'arrêt de l'hémorrhagie. Or, comme la ligature des vaisseaux n'a jamais été mise en parallèle qu'avec ces derniers moyens, nous croyons devoir passer en revue les procédés hémostatiques, préconisés avant eux, comme répondant avec certitude et facilité aux vues du praticien. Nous examinerons ensuite si leur simplicité même n'était pas le principal élément de leurs succès, et si leur mode d'application ne doit pas encore être regardé comme le seul agent actif opposé à l'hémorrhagie; si enfin, à ce titre, ils ne méritent pas la préférence.

L'amputation achevée, les premiers chirurgiens remplissaient la plaie de charpie brute, d'éponge sèche ou calcinée, puis, à l'aide de bandages appropriés et de compresses superposées, ils exerçaient sur l'extrémité du membre une *douce compression* de manière à affaisser les parois des vaisseaux. Cette compression devait agir dans le sens des deux diamètres *longitudinal et latéral* des artères.

Ce précepte me semble résumer toute leur doctrine; telle est à mes yeux son importance, que je ne crois pas préjuger des faits, en attribuant à son omission la désuétude et le discrédit dans lequel la méthode ancienne est tombée.

Quant au jaune d'œuf réduit en poudre, la craie, la limaille d'airain, voire l'eau vinaigrée dont ils imbibaient la charpie, dans les cas extrêmes; on sent du reste toute leur insuffisance pour opposer à l'écoulement du sang artériel une résistance qui soit en rapport avec l'énergie d'impulsion qu'il est censé recevoir du cœur. La compression, encore ici, se trouve le seul agent actif d'hémostasie; ajoutez ensuite l'énergique réprobation dont les premiers auteurs ont frappé les escharotiques, en signalant de la manière la plus explicite les graves accidens qui s'y rattachent et l'inflammation qu'ils déterminent, et l'on sentira qu'il a fallu la plus insigne mauvaise foi, ou la plus profonde ignorance pour tomber dans la pratique inhumaine qui persista jusqu'au milieu du seizième siècle.

Mettant présentement de côté les agens hémostatiques inactifs qui vinrent avec le temps compliquer la simplicité des premiers appareils de pansement dans les amputations, et n'ayant plus égard qu'à la compression des vaisseaux, examinons les causes qui peuvent avoir, indépendamment de ce moyen, fait échouer le procédé indiqué par Galien et Celse sans qu'on puisse lui en attribuer la faute. Pour ce faire, sans parler de quelques précautions essentielles dans l'application générale du procédé qui me paraissent, à tort, avoir été négligées, il convient de puiser, dans les circonstances mêmes de l'opération, et dans l'état général du sujet, les bases d'une distinction capitale qui range en deux catégories bien tranchées tous les amputés; quel que soit d'ailleurs le mode opératoire employé.

La première série contiendrait ceux qui, sains sous tout autre rapport, sont, par un accident fortuit, mis dans la nécessité de perdre un membre, qu'aucune maladie antérieure n'a rendu le centre d'une fluxion active et permanente. A la seconde, appartiendraient ceux qu'une maladie grave des articulations, des parties molles ou osseuses, a placés dans des conditions tout opposées. Ceux-ci, souvent en outre par une affection organique importante, ou par une cachexie quelconque, sont défavorablement constitués pour jouir du privilége de cette synergie organique qui tend sans cesse à ramener à l'état normal les plus profondes perturbations de l'économie.

Quant aux premiers, je ne sache pas au moins qu'on ait avancé de faits positifs, ni d'inductions théoriques valables qui différencient essentiellement leur position, de l'état d'un enfant dont on vient de couper le cordon ombilical, la respiration bien établie toutefois, ou de ces malheureux dont un membre vient d'être violemment arraché, ou bien de ceux qu'une gangrène terrible a privés de l'extrémité d'un membre. Par rapport à l'influence que devrait avoir l'action du cœur sur les vaisseaux ouverts des individus de ces trois catégories, ils me paraissent dans une position identique; aussi, si jamais l'on tente chez nous des expériences propres à juger la méthode controversée, ce sera sur des sujets placés dans la première division, au sein des ambulances, par exemple, qu'elles devront être faites, sous peine d'introduire dans la solution du problème des conditions souvent difficiles à apprécier, et qui tendraient à le compliquer.

Les seconds, au contraire, se trouvent placés dans des circonstances toutes différentes; en effet, selon que l'on a pratiqué l'opération plus ou moins loin du centre de flexion pathologique qui a nécessité l'amputation, selon que l'on a dépassé ou non complétement les limites du mal, on peut commettre à la *compression latérale* le soin exclusif d'arrêter l'écoulement du sang, ou employer les ligatures avec toutes les chances d'insuccès qui s'y rattachent. En supposant, néanmoins, qu'aucuns troubles fonctionnels généraux qui rendent les hémorrhagies spontanées si communes, n'interviennent comme cause spéciale et ne réclament un procédé exceptionnel pour y obvier.

Mais, dira-t-on, l'application méthodique des ligatures est si facile, la douleur qu'elle détermine est si médiocre, la tranquillité de l'opérateur et de l'opéré, est telle, qu'on ne voit pas de raison d'adopter une autre méthode qui à des avantages, peut-être imaginaires, réunit l'inconvénient capital de compromettre, au moins dans certains cas, les jours du malade.

Un examen superficiel du sujet donne, il est vrai, à ces objections une gravité qui paraît péremptoire; mais en approfondissant la question, combien elle change d'aspect! L'expérience des anciens est là, comme celle du docteur Koch qui, *pendant plus de vingt ans*, employa, pour seul procédé hémostatique dans les amputations, la compression latérale des vaisseaux, pour prouver que si, parfois, la méthode ancienne ne prévient pas quelques uns des accidens auxquels les ligatures elles-mêmes ne remédient pas toujours, si, dès lors, elle partage les inconvéniens qu'il serait injuste de leur

attribuer, elle en fait éviter d'autres, qu'aucun des procédés hémostatiques, récemment préconisés, tels que la torsion ou le refoulement des membranes des artères, etc., n'a complétement annulés. En effet, l'on verra que les ligatures, en général, et surtout celles de certaines artères, comme les tibiales antérieures et postérieures, comme les circonflexes de toutes les articulations ne sont pas faciles à pratiquer, même pour les mains les plus exercées. Outre la douleur, quelquefois très vive et persistante que déterminent les ligatures, ne peut-on pas leur faire le juste reproche d'allonger de moitié, au moins, une opération déjà trop longue et trop cruelle par elle-même? Les foyers de suppuration qui, souvent à leur occasion, se forment dans les moignons, et filent le long des gaînes vasculaires, ne sont-ils pas un des principaux accidens qui aggravent le pronostic, déjà si terrible, qui pèse sur les amputés. Bien plus, le fait même de la ligature, en laissant un corps étranger dans la plaie, n'est-il pas de s'opposer d'une manière invincible à cette réunion immédiate où tendent sans cesse les progrès de la chirurgie, n'ajournent-elles pas à quelques semaines, au moins, une guérison qu'il importerait souvent de pouvoir obtenir en quelques jours? La nécessité où l'on se trouve quelquefois de comprendre dans les ligatures soit des faisceaux musculaires assez considérables, soit des veines, dont chacun connaît aujourd'hui la remarquable propension à s'enflammer, voire même des filets ou des troncs nerveux, ne diminue assurément pas les souffrances ni les dangers des opérations. Sans parler de la friabilité de certains vaisseaux chez les vieillards, de leur défaut de résistance organique chez les cancéreux, ne connaît-on pas les accidens inhérens à la section prématurée, ou trop tardive des tuniques artérielles, accidens qu'on ne saurait, toutefois, rejeter en entier sur les ligatures, puisqu'ils dépendent plus encore des modifications organiques générales du sujet, que des ligatures elles-mêmes. Par contre, de quel empressement ne devrait-on pas provoquer les expériences qui pourront un jour introduire parmi nous un procédé qui, sans aucun des inconvéniens propres à la méthode moderne, possède des avantages qui lui sont propres. C'est surtout au praticien isolé des campagnes, aux chirurgiens des armées que j'en appelle pour se prononcer sur les commodités d'un procédé qui permettrait, au moyen d'un seul garot, de pratiquer une amputation sans aide, de simplifier les pansemens, d'en diminuer le nombre et d'adoucir, autant que possible, les souffrances des malheureux qui réclament nos soins.

L'influence réciproque des faits pratiques sur les idées spéculatives, les secours qu'ils se prêtent, le contrôle qu'ils sont appelés à exercer les uns sur les autres, vont ici paraître dans toute leur évidence, lorsque nous exposerons les données physiologiques dont s'étayeraient, au besoin, les résultats positifs, obtenus par les anciens; c'est ce que nous allons faire, en suivant la question sur ce terrain.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, la découverte d'Harvey, qui plaça la circulation tout entière sous la dépendance absolue du centre circulatoire, est devenue pour les partisans des ligatures et contre les adversaires d'Ambroise Paré, le point culminant de la question. En effet, celle-ci semblait donner gain de cause aux premiers, et la préférence que nous accordons encore à ce procédé hémostatique, appuyée des mêmes raisons, ferait presque désespérer de le voir un jour apprécié à sa juste valeur, s'il n'était pas loisible d'en appeler d'une théorie à des faits nouveaux, et d'une interprétation phénoménale à une explication qui comprend mieux toutes les données de l'observation.

Cependant les objections graves et pressantes, faites du temps même d'Harvey aux principes de sa théorie, corroborées de raisons et de faits non moins péremptoires, accumulés depuis deux siècles, non contre les faits de la circulation incontestable de sa nature, mais contre la cause immédiate de cette importante fonction, jouissent encore de toute leur autorité aux yeux des physiologistes qui étudient de bonne foi cette question fondamentale de la science.

La suprématie du cœur, admise comme fait par une théorie qui la posait en principe, et uniquement parce qu'elle cadrait tant bien que mal avec les faits observés à cette époque, possédait trop peu d'élémens de conviction pour pouvoir être dès lors jugée sans appel. L'anatomie, la physiologie normale ou pathologique, éclairées ou non des recherches microscopiques sur la circulation capillaire, lui portent journellement de profondes atteintes, et le terrain que lui ont fait perdre successivement les travaux de Riolan, de Bartholin, Malpighi, Ruysch, Lecuwenheck, Hunter, Bichat, Barryet plusieurs autres, n'a pas, assurément, été regagné par l'heureux coup de lance, dernièrement rompu en sa faveur par un jeune et habile expérimentateur français.

L'indépendance de la circulation capillaire, admise par presque tous à l'état physiologique, est incontestable pendant l'instance de certaines affections morbides. L'influence de la respiration sur la circulation, les preuves évidentes alléguées à l'appui, suffiraient, au reste, pour faire dénier au cœur la domination exclusive de la circulation, si d'autres considérations, prises dans l'étude générale du sujet, ne l'eussent pas placé, sans réplique, au rang secondaire qu'il occupe de plein droit.

Si je ne me trompe, les tentatives qui ont été faites pour atténuer les prérogatives du cœur, timides, et indécises par leur défaut d'ensemble, peu fertiles en faits péremptoires et faciles à saisir pour tous, procédant souvent par induction, laissèrent toujours de faciles fauxfuyans aux esprits rétrogrades et aux gens de mauvaise volonté qui contournèrent plutôt qu'ils ne résolurent les difficultés du problème. En sera-t-il encore de même des considérations suivantes qui vont droit au but? En signalant des cas avérés d'absence totale du cœur chez des fœtus qui n'en sont pas moins venus à terme, des observations d'affections pathologiques du même organe, et qui semblent incompatibles avec les fonctions actives qui lui sont départies, j'ose croire le contraire; c'est ce que l'on va se trouver à même de juger en toute connaissance de cause, et si je puis ainsi dire,

ayant en main les pièces du procès. Plusieurs mémoires ont été publiés sur l'acardie, un entre autres, par M. le docteur Breschet dans le Répertoire général d'anatomie et de physiologie, qui contient des exemples nombreux et authentiques de développement complet de fœtus acéphales et privés de cœur; cet organe n'était même pas toujours remplacé par quelque cavité analogue, il n'est donc plus permis de douter aujourd'hui que la circulation de *l'embryon* et toutes les fonctions qui s'y rattachent, ne puissent s'effectuer par l'action seule des parties auxquelles on refuse généralement cette attribution. Quant à l'adulte, des cas moins fréquens, mais tout aussi circonstanciés, de gangrène, de cancer à divers états, voire d'ossification, d'une partie ou de la totalité du cœur, prouvent aussi évidemment, je le crois, que chez l'homme entièrement développé, le phénomène de la circulation peut s'accomplir dans les mêmes conditions et d'après un procédé analogue. Dès lors, pour être conséquent avec les faits, on est obligé de restreindre, plus qu'on ne l'a fait encore, l'action du cœur, et d'admettre avec moins de réserve les conséquences qui en découlent en faveur du procédé dont je réclame l'examen. D'ailleurs, la persistance, si souvent signalée du *pouls*, au début de la syncope, son développement dans certains cas d'agonie où les mouvemens du cœur étaient à peine perceptibles, ne sont-ils pas des faits qui parlent ouvertement dans le même sens? Ces considérations ne sont-elles pas toutes corroborées par les faits déjà mentionnés, où le cœur conservant toute son action, l'écoulement du sang n'a pas lieu par les artères ouvertes, et complétement perméables? Ne se résument-elles pas toutes, en un mot, dans les conséquences qu'on doit rigoureusement tirer de l'insuffisance avérée des moyens hémostatiques, employés par les anciens pour arrêter les hémorrhagies des grosses artères, blessées par la continuité des membres, insuffisance qui les avait contraints à employer des ligatures, *exclusivement* pour ces cas spéciaux où les radicules agissent comme centres actifs de flexion. Ces conséquences ne sont-elles pas mises contradictoirement en évidence par l'efficacité non moins certaine dans les simples amputations, *de la compression latérale des artères*, contre laquelle viennent en vain se briser les efforts du cœur, réduit à ses seules ressources.

Si l'on résume les conséquences pratiques qui ressortent de ces diverses considérations, il ne sera pas difficile de poser les données qui devront guider le médecin dans l'application ultérieure ou dans l'expérimentation d'un procédé qui intéresse à la fois et la science et la considération de notre art.

1° Pratiquer, pour s'aguerrir et mieux se convaincre de l'innocuité et des avantages de la méthode ancienne, des amputations sur des animaux, avec toutes les précautions qui vont être exposées. Il conviendra, toutefois, de ne pas choisir exclusivement pour ces expériences des chiens dont le sang est évidemment trop plastique pour être assimilé à celui de l'homme;

2° Faites l'amputation de manière à ce que les lambeaux puissent être mis dans le contact le plus immédiat;

3° Enlever, avec autant de soin que possible, les caillots et autres corps étrangers qui pourraient occasioner ou entretenir une excitation locale nuisible à la réunion de la plaie par première intention (1);

4° Affaisser et mettre en contact, aussi immédiatement que faire se peut, les parois des artères par une méthodique et suffisante compression, exercée sur le moignon dans le sens des diamètres *longitudinal et latéral* des vaisseaux dont on veut observer l'orifice;

5° Faire tous ses efforts pour obtenir la réunion complète de la plaie par première intention, et pour ce;

6° Ne panser jamais avant le huitième jour, à moins d'indication spéciale et urgente, et mieux encore ne lever l'appareil qu'après l'époque présumée de l'entière cicatrisation, du treizième au quatorzième jour;

7° Eviter les saignées de précautions, la diète absolue et tous les moyens qui ne tendent qu'à affaiblir le sujet et à le prédisposer aux accidens que l'on veut prévenir;

8° Pratiquer l'amputation immédiatement après l'accident, au moins avant que la suppuration ne soit formée, et si ce cas se présentait, tailler ses lambeaux à la plus grande distance que l'on peut de la partie malade;

9° Arroser de temps en temps le moignon et tout l'appareil d'eau simple, à la température ordinaire de dix à douze degrés, pour prévenir les congestions sanguines;

10° Elever l'extrémité du membre amputé au dessus du niveau du reste du corps, pour éviter l'écoulement du sang, sous l'influence de sa seule pesanteur;

11° Mettre un aide intelligent ou rester soi-même près du malade pendant les premières heures qui suivent l'opération, pour porter des secours convenables dans le cas où l'opération aurait été pratiquée dans des circonstances locales ou générales défavorables;

12° Calmer par des moyens appropriés et généralement pris dans la classe des anti-spasmodiques, l'éréthisme qui suit presque toujours les grandes opérations. Apaiser l'inquiétude du malade et entretenir son esprit dans une tranquillité qui seconde si puissamment les soins qui lui sont prodigués et assure le succès de l'amputation par l'accomplissement régulier de toutes les fonctions;

13° Apporter, enfin, pour ce procédé qui se recommande à tant de titres, toutes les précautions, sagement combinées, enseignées par l'expérience, et, sur toute chose, rejeter une diète absolue, dont l'effet immédiat est de favoriser la résorption du pus; juger les résultats sans prévention ni partialité, avec l'intention de le faire rejeter ou adopter, et, dans cette dernière hypothèse, préciser les cas et les précautions qui semblent ou non favorables à la réussite.

PIGEAUX.

(1) Les hémorrhagies primitives ou consécutives des moignons étant attribuées par les adversaires de la ligature à la stimulation portée sur l'extrémité du vaisseau par la ligature elle-même; pour juger convenablement de leur assertion, il convient d'apporter sur le précepte précédent la plus grande attention; afin qu'après avoir tenu compte des circonstances locales ou générales qui, par elles-mêmes et indépendamment de l'application ou de l'omission de la ligature, peuvent entretenir l'écoulement du sang, on soit à même de comparer les procédés et leurs résultats exempts de complications.

HOMOEOPATHIE.

Je me borne à rappeler que je n'ai pas l'intention de publier des observations complètes, dans le but de démontrer pratiquement l'efficacité de la médecine homœopathique. Plus tard, je le ferai, et je l'espère avec quelque succès, car je puis rapporter des faits bien concluans. Mais la *simple action* des remèdes homœopathiques est encore trop contestée pour passer outre. Je continue donc à citer des faits, prouvant seulement *l'action sur* le malade *des doses infinitésimales.*

1° Madame De..... jeune, blonde d'une constitution lymphatique, outre quelques troubles fonctionnels avait une *suppression de menstrues* depuis quatre mois. Divers moyens allopathiques, tels que bains synapisés, sangsues, infusions d'armoises, avaient été vainement employés. Moi-même je fis usage, sans succès, du carbonate de fer, à 36 grains par jour. Après un mois de traitement allopathique, puis un second mois passé sans aucune espèce de médication, je donnai *pulsatille* 30e *dilution glob. iij.*

Le 13e jour apparurent les règles.

2° Madame C... V..., âgée de trente-six ans, maigre, était atteinte d'une gastro-entérite chronique, produit de chagrin et d'un rare abus de café. Cette malade, que plusieurs médecins de Paris ont traitée et tenue trois mois à la diète lactée, avait eu en outre des maux de tête et une suppression de règles, datant de sept mois.

Je commençai le traitement par *pulsatille ut suprà.* Les règles revinrent au bout de vingt-sept jours, et du reste, en trois mois, *nux vomica*, *camomilla*, *hepar sulfuris*, ont guéri la malade.

3° Madame B..., jeune et fort bien portante, allaitait sa petite fille, lorsque, sans cause saisissable, un sein s'engorgea, devint volumineux, dur, noueux; la fièvre s'éleva et d'horribles douleurs ne permirent plus l'allaitement. Je fus appelé et, après un soigneux examen, je restai convaincu de l'impossibilité de prévenir le phlegmon sans employer la pulsatille. Mais, connaissant sa puissance anti-laiteuse, je demandai à la mère si elle voulait, pour prévenir la maladie, s'exposer à devoir sevrer sa fille, âgée de neuf mois. Elle y consentit et je prescrivis *pulsatille ut suprà.* Le surlendemain, le sein était complétement dégorgé et la femme bien portante. Elle voulut retenir son lait en faisant téter son enfant, eh bien! malgré la succion, malgré l'excitation de la glande, cette femme, chez laquelle le lait abondait avant, le vit tarir, et cela sans éprouver un seul des accidens qui se montrent en telle circonstance. Notons que, dans le sevrage ordinaire, les choses se passent en sens inverse. C'est en diminuant l'allaitement qu'on raréfie la sécrétion du lait; et, dans le fait que je rapporte, c'est malgré l'allaitement rapproché que le lait a cessé d'être produit.

4° Madame B..., jeune, maigre et fort délicate, a depuis fort long-temps des douleurs lancinantes dans la région des ovaires et de l'utérus. Après l'avoir touchée, je partageai l'opinion de madame Legrand de la Maternité et de l'un des premiers chirurgiens de Paris qui déclaraient l'appareil utérin sans lésion organique. Parmi les hypothèses que je fus conduit à faire pour parvenir à délivrer madame B..... de ses douleurs, entrait celle d'une menstruation difficile et insuffisante. Ce motif, joint à d'autres, me déterminèrent à prescrire *pulsatille ut suprà.* Les règles, passées depuis douze jours, revinrent extrêmement fortes cinq jours après. Jamais madame B... n'avait eu un accident semblable. Le cherchant et l'obtenant, je devais, logiquement, l'attribuer à la pulsatille. Je dois dire que la santé de madame B... n'en a pas été amendée, et que, malgré l'emploi d'autres médicamens, je n'ai pu parvenir encore à la guérir.

5° Mademoiselle R...., atteinte d'un fort catarrhe, n'eut pas ses règles à l'époque où elles devaient venir. Ce fait et d'autres symptômes me portèrent à prescrire *pulsatille ut suprà.* Les règles parurent le mois suivant et la bronchite guérit sans autre médicament.

6° Madame B..., âgée de trente ans, atteinte depuis long-temps d'une toux sèche, accompagnée d'oppression, palpitation, fièvre, sueurs, etc., me fit appeler. Après avoir percuté et ausculté la poitrine, je ne pus douter de l'existence de tubercules, probablement à l'état miliaire dans le poumon gauche. Outre ces symptômes, existait encore une suppression datant d'un mois. La malade voulant partir pour la campagne, je me contentai de chercher à rappeler les règles à l'aide de la pulsatille. Quinze ou seize jours après son emploi, mon but était atteint.

7° Mademoiselle W....., jeune, lymphatique, sœur et fille de phthisiques, fut brusquement atteinte d'un engorgement douloureux des articulations tibio-tarsiennes. Quelque temps après, les deux genoux devinrent le siége d'une affection semblable, après trois mois passés au lit avec un bandage roulé et des lotions aromatiques, astringentes, calmantes, des sangsues, etc., *sans aucun amendement.* Dans la maladie les règles manquèrent; après l'usage de la pulsatille, elles reprirent leur cours. Je dois dire brièvement que cette jeune fille, chez laquelle M. Chomel avait, ainsi que moi, constaté l'affection arthritique dont j'ai parlé, ne pouvait se tenir droite et marcher sans de fortes douleurs; deux doses de *conium maculatum* ont fait disparaître l'engorgement et les douleurs dans la proportion de plus de 80 p. 100, et aujourd'hui, en cours de traitement, elle fait facilement une promenade de deux heures.

8° Mademoiselle G..., jeune Anglaise, blonde, lymphatique, se présenta à moi dans l'état suivant : vertiges fréquens, céphalalgie continuelle, surdité depuis trois ans; menstruation régulière, mais faible. Les appareils de la respiration, de la digestion, etc., dans un état normal. Avant de la soumettre à l'action homœopathique, je fis usage des ferrugineux qui améliorèrent l'état général de la malade, sans faire disparaître les symptômes que j'ai décrits. Je demandai une consultation de M. Itard qui, après mûr examen, fondé sur la bonne structure de l'oreille, sur l'inefficacité des saignées faites antérieurement, sur le caractère héréditaire de cette surdité, la tante et le père de ma-

demoiselle G... ayant été affectés de la même infirmité, et surtout sur ce que la malade n'entendait pas *battre la montre alors qu'elle touchait l'oreille*, déclara la maladie incurable.

Je ne rapporte pas ici l'opinion de M. Itard pour en contester l'autorité. La malade n'est pas guérie, et je crains trop de voir justifié le diagnostic de ce vieux et fort habile praticien, pour me montrer prétentieux dans cette occasion. Je veux seulement rendre plus concluante l'action homœopathique dont je vais parler, en exprimant bien la gravité du cas où elle a été mise en œuvre. Après l'usage successif de *pulsatille* et *graphite*, mademoiselle G... a entendu battre la montre à 1 pouce, puis 2, puis 3, etc. Aujourd'hui, elle l'entend à 114 pouces de l'oreille droite et à 80 de l'oreille gauche. Les épreuves sont faites en présence de la famille, et la progression et la solidité de l'amélioration ont déjà deux mois de durée. Plus tard, je publierai avec détail cette intéressante observation.

J'espère que, si l'on voit souvent l'appareil fébrile tomber sans aconit, par la seule expectation, on reconnaîtra qu'il est plus rare de voir la menstruation rétablie et la surdité guérie en grande partie par le fait de la médecine expectante. BLANC.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

La place que nous consacrons chaque mois à l'analyse des ouvrages importans nouvellement publiés, et à la revue des journaux français et étrangers, sera donnée cette fois à l'insertion d'un écrit remarquable sur les Institutions Médicales. La brochure de M. Louyer-Villermay, sur la Patente des Médecins, est trop bien pensée, trop dignement et trop convenablement écrite, pour qu'on se permette d'y faire des coupures, ou qu'on tente de l'analyser. Nous croyons qu'il n'est aucun de nos nombreux lecteurs qui regrette le temps qu'il aura passé à la lire, et que plusieurs la reliront avec plaisir.

Dans peu nous reprendrons aussi la question de la Responsabilité Médicale, toujours à l'occasion de l'affaire Noroy, qui est actuellement portée devant la Cour suprême.

SOUSCRIPTION THOURET-NOROY.

A MM. les Rédacteurs du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

St-Etienne, 1er décembre 1834.

Monsieurs et confrères,

Les médecins de la ville de St-Etienne [Loire] considérant :

1° Que l'action intentée au docteur Thouret-Noroy n'est fondée ni en fait ni en droit ;

2° Que l'incompétence des tribunaux en matière de médecine est incontestable ;

3° Qu'avant de condamner M. Thouret-Noroy pour un fait qui n'est nullement prouvé, il fallait faire constater ce fait ;

4° Que l'antécédent qu'on voudrait établir ne tend à rien moins qu'à détruire l'indépendance du médecin ;

5° Que dans une cause de la nature de celle de M. Thouret-Noroy, tous les médecins sont intéressés à faire casser l'arrêt de la cour royale de Rouen ;

Arrêtent : 1° Qu'un d'entre eux sera chargé de faire connaître à M. le docteur Thouret-Noroy tout l'intérêt que ses confrères prennent à sa cause ;

2° Qu'une souscription est ouverte parmi eux en faveur de M. Thouret-Noroy.

Ont souscrit d'abord MM. Soviche, Vial, Rigollot oncle et neveu, Didier, Dayral, Guyot, Escoffier, Thomas, Bongraud, Quioc, Rouffiac, Gerard, Robin.

J'ai l'honneur de vous saluer,

Votre abonné, ROBIN.

Nota. Le montant de la souscription, qui est de 70 fr., est à votre disposition, et vous sera adressé sur votre réclamation.

INSTITUTIONS MÉDICALES.

Monsieur,

J'ai remis quelques brochures, contre la patente des médecins, au bureau de votre journal ; ne m'étant attaché à combattre cet abus que dans l'intérêt du corps médical, je dois m'attendre à être secondé par mes confrères : je vous serai donc fort obligé si vous voulez bien me consacrer, soit un article, soit un extrait, dans vos colonnes.

Veuillez recevoir, monsieur et honoré confrère, mes remerciemens très distingués.

Votre très humble serviteur,

LOUYER-VILLERMAY.

DE LA PATENTE DES MÉDECINS.

« Il était réservé aussi à la médecine d'acheter le droit de faire le bien, en payant un impôt qui l'assimile aux conditions industrielles et mercantiles, celui de patente ou de *boutique ouverte*, et, ce qui paraîtra plus qu'une anomalie, dans notre législation, c'est que la médecine soit la seule des professions libérales et intellectuelles qui ait à subir un pareil impôt : que cette singulière préférence s'exerce exclusivement sur la pensée de ceux qui méditent le sort de l'humanité, qui consacrent leurs veilles au soulagement de ses souffrances qui vont, au prix de leur existence, au devant de la contagion et de la mort. »

(Rapport de la commission d'organisation de l'association médicale de Paris. — ORFILA, président ; Jules GUÉRIN, AMUSSAT, GIBERT ; JOLLY, rapporteur.)

Lorsqu'il fut publié dans les journaux un projet de loi sur les patentes, dans lequel les médecins et chirurgiens figurent au milieu de professions industrielles qui, ainsi rapprochées de la nôtre, font une risible confusion, j'adressai à la chambre des députés une pétition qui fut renvoyée à la commission des patentes ; et quoi-

que tous les médecins, toutes les Sociétés médicales, toutes les Facultés se fussent prononcées aussi contre ce projet, il n'en a pas moins été conservé. Avant qu'il soit présenté à la chambre, j'adresse à messieurs les pairs, à messieurs les députés et au public ces nouvelles observations, persuadé que c'est faute de connaître et d'apprécier notre position et nos rapports avec la société, qu'on a pu faire une exception aussi injuste envers des hommes qui partagent leur vie entre l'étude et l'application de leur intelligence et de leur savoir au soulagement de l'humanité, dont la profession exige, plus qu'aucune autre, du désintéressement, de l'indépendance et de la dignité.

En 1793 et 1794, l'impôt de la patente n'existait pas; la loi du 4 thermidor an III (26 juillet 1795) porte seulement: Art. 1er. « Nul ne pourra exercer un commerce ou négoce quelconque de quelque genre que ce puisse être, en gros et en détail, sans être pourvu d'une patente qui indiquera la nature de son commerce. » Depuis, on a étendu continuellement cette loi aux professions qui se rapprochaient plus ou moins du commerce, et à d'autres qui lui étaient complétement étrangères.

Mais si la loi du 1er brumaire an VII, actuellement en vigueur, a frappé les médecins d'une patente, du moins elle leur a accordé aussitôt un grand nombre d'exemptions, dont elle a trouvé le motif dans les nombreux services gratuits que leur état les met à même de rendre comme médecins des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance, des divers établissemens sanitaires publics. Ceux qui s'occupent de littérature et de sciences en ont toujours été dispensés; il semblait que l'administration, sentant combien il y avait peu de justice à faire peser cet impôt sur la plus libérale, la plus bienfaisante des professions, celle qui éloigne le plus l'idée de commerce et de spéculation, laissait facilement une porte ouverte pour échapper à l'abus. Dans le nouveau projet de loi que les ministres nous préparent, c'est justement l'abus qu'on veut aggraver; on veut appesantir davantage cet impôt sur une classe aussi utile que peu favorisée dans notre état social; on veut y assujettir même ceux qui consacrent gratuitement une partie de leur temps au soulagement des malheureux. On n'ignore pas qu'il est en effet des médecins qui ne donnent leurs soins que gratuitement; qu'il y en a d'autres qui emploient une portion de leur patrimoine à ajouter aux bienfaits de leur art les bienfaits que leur fortune leur permet de répandre; j'en connais plus d'un qui paient de leur argent l'avantage d'exercer la médecine; qu'il me soit permis de citer, entr'autres, M. Terme de Lyon. Ne sait-on pas qu'il en est encore qui, en se faisant recevoir médecins, ne veulent que se donner un titre dans le monde, et éventuellement une profession s'ils venaient à en avoir besoin? Un grand nombre se livrent exclusivement à des travaux, à des recherches, qui tournent au profit de la science et de l'humanité. Enfin, des naturalistes, des chimistes, des professeurs d'anatomie, de botanique, ont obtenu le titre de docteur, et le droit, qu'ils exercent rarement, de voir des malades.

Ces médecins honoraires, ces savans désintéressés, les élèves instruits eux-mêmes, sont venus augmenter les ressources de l'administration, quand elle a mis à profit le zèle inépuisable et la philantropie des médecins pour combattre le fléau qui vient de nous quitter, et le nombre des praticiens s'est trouvé doublé. C'eût été une belle occasion pour le gouvernement de doubler le produit de la patente. Ils ont été requis par l'administration pour un besoin d'utilité publique, requis sans autre salaire que le témoignage de leur conscience et la gloire (avec laquelle on ne satisfait pas M. le percepteur des patentes); *tous les médecins*, était-il dit dans la circulaire, *se rendront à la mairie de leur arrondissement; ils se partageront entre eux le service de jour et de nuit; les soins qu'ils donneront seront gratuits.* Beaucoup ont succombé à la peine, d'autres ont eu leur santé altérée depuis cette époque; aucun n'a élevé une plainte; il n'en a pas même coûté au gouvernement une pension pour les veuves de ceux qui sont morts à ce champ d'honneur; mais l'administration du fisc est oublieuse du passé, peu prévoyante de l'avenir, et c'était là la récompense qu'elle ménageait à ceux à qui l'on a décerné une médaille avec ces mots: *Générosité*, *Dévouement*.

Dans les guerres civiles et étrangères, dans les calamités publiques et privées, requis ou volontaires les médecins se prodiguent gratuitement toujours et partout.

Avant d'obtenir un titre qui ne lui produit rien pendant bien des années, on sait combien le médecin a dû donner de son temps, comment il a employé à dépenser son patrimoine l'âge où dans toutes les autres professions on travaille déjà à l'augmenter; on sait que le but de ses études ne peut le rendre propre à aucun négoce, à aucune autre affaire, qu'à secourir l'humanité souffrante, ou à cultiver ses connaissances; on sait les dégoûts qu'il éprouve lorsqu'il a besoin de sa profession pour vivre; l'on n'ignore pas combien il y a de malades trop malheureux pour reconnaître ses soins, combien il rencontre d'ingrats, combien il exerce volontairement d'actes d'humanité: et l'on penserait à aggraver la position de gens si utiles à la société, et si peu récompensés par elle!

Faut-il que je sois condamné à vous faire ici un tableau de la position des médecins dans notre état social! Quelque incomplet qu'il soit, il dévoilera bien de l'injustice envers eux, bien de la résignation et du courage de leur part.

Sans rappeler les études repoussantes et périlleuses que le médecin a dû faire, je prouverai qu'il n'est pas de carrière qui use plus promptement la vie, parce qu'il n'en est pas qui exige une plus grande activité de corps et d'esprit que la sienne; supporter l'intempérie des saisons, les fatigues continuelles, l'irrégularité des repas, les privations de sommeil; vivre perpétuellement au sein de l'affliction et de la douleur, au milieu des miasmes et de la contagion; dans la campagne, franchir à cheval des distances considérables, exposé aux frimas et aux orages; braver tous les dangers pour aller au secours de ceux qui souffrent, tels sont les pénibles conditions de son état. Aussi les tables de mortalité du docteur Casper, publiées dans les *Annales d'Hygiène* et dans la *Revue britannique*, établissent-elles une vérité effrayante pour nous; savoir: que sur mille médecins, six cents meu-

rent avant soixante-deux ans, tandis que pour les personnes qui exercent une profession paisible (les pasteurs ou théologiens), la mortalité n'est que de trois cent quarante-sept; que sur cent individus de chacune des professions ci-désignées, le nombre de ceux qui arrivent à soixante-dix ans est de quarante-trois pour les théologiens, quarante pour les agriculteurs, trente-cinq pour les employés, trente-deux pour les militaires, et seulement vingt-quatre pour les médecins.

Quant aux droits politiques de ces derniers, ils ne sont nulle part aussi restreints qu'en France. En Allemagne, en Italie, en Angleterre, en Amérique, partout enfin, vous les voyez occuper de hauts emplois, assister au conseil du prince; chez nous même, sous l'empire, on vit s'élever leur rang et leur considération; le sénat et le conseil d'état s'honorèrent d'en compter quelques uns dans leur sein, et le chef du gouvernement récompensa le mérite éminent de plusieurs par son intimité plus encore que par des distinctions et des honneurs; mais en France, aujourd'hui, leur position politique est on ne peut plus désavantageuse, et nulle influence n'est accordée au savoir; aussi à peine ont-ils à la chambre trois ou quatre représentans, qui ne les représentent pas, et qui s'y trouvent, non pas comme médecins, mais comme propriétaires. Quant à la récompense matérielle de leurs travaux, je ne surmonterai pas ma répugnance à en parler; il me suffirait de citer l'ancien apologue des matelots pendant l'orage, si je n'avais à le reproduire sous vos yeux dans un fait tout récent. Pendant l'épidémie qui vient de nous frapper, le zèle et le dévouement des médecins inspiraient tant d'admiration et de reconnaissance, que la voix publique demandait qu'on élevât un monument pour en perpétuer le souvenir; il est certain du moins que l'administration municipale délibéra sur la récompense qu'on leur devait, et qu'on publia dans tous les journaux qu'une médaille d'or leur serait décernée; le choléra cessa d'être aussi meurtrier, on décida qu'elle serait d'argent; une recrudescence survint, on parla de nouveau de la médaille d'or; mais le fléau ayant cessé ses ravages, il fut arrêté que l'administration, voulant que son témoignage de reconnaissance fût conservé dans les familles, l'or ou l'argent pourrait tenter la cupidité des héritiers ou le besoin des titulaires, et que, dans ce but, le bronze était préférable. Le choléra n'ayant pas reparu, cette décision fut la dernière. Loin de moi la pensée d'en faire un reproche à qui que ce soit; je veux seulement prouver que les gens qui craignent la maladie sont aussi des matelots pendant l'orage.

O toi qui te destines à la carrière médicale, consulte bien tes forces et ta santé, que Dieu t'accorde une vie exempte d'infirmités, meurs sans les avoir connues; car la vieillesse serait pour toi un double fardeau! Le célèbre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Pelletan, dont le désintéressement était bien connu, fut obligé de pratiquer jusqu'à sa dernière heure; nous avons tous vu naguère le vénérable ex-doyen de la Faculté de médecine traîner, à quatre-vingt-quatre ans, ses pas chancelans vers le lit des malades: M. Leroux était aussi sans fortune! mais sur les ressources que lui procurait sa pratique, tout insuffisantes qu'elles fussent, il aurait fallu cependant aujourd'hui prélever encore de quoi satisfaire le fisc qui nous menace de toute sa rigueur. Médecin valétudinaire que la fièvre dévore, que la phthisie consume; médecin infirme, accablé d'ans, marche, marche, et satisfais le fisc, ou bien il viendra t'enlever tes livres, tous tes meubles, excepté ton lit; marche donc jusqu'au jour où il ne trouvera plus qu'un cadavre.

La société ne sait donc pas récompenser les médecins, et cependant les médecins se dévouent chaque jour pour elle. Ne sait-on pas qu'à Paris, dans les villes, dans les campagnes, la plus grande partie de la population est hors d'état de supporter les frais d'une maladie; qu'à cette classe si nombreuse partout des consultations gratuites sont offertes; que le cabinet des médecins est toujours ouvert gratuitement aux malheureux; qu'ils font tous des visites gratuites? Or, je demande si aucune profession, à l'exception de celle d'avocat, a sous ce rapport quelque analogie avec la nôtre et présente une anomalie aussi grande. Je suppose un moment que tous les médecins de France, indignés de l'ingratitude de l'administration ou de sa dureté à leur égard, se disent: « Pourquoi seuls supporterions-nous cette taxe des pauvres, à laquelle nous assujettit notre seule humanité, notre désintéressement? La société entière doit protection aux malheureux qui sont dans son sein; ceux à qui nous refuserons des secours iront en demander aux municipalités, ce qui nécessitera de nouvelles dépenses, des hôpitaux plus vastes, des bureaux de charité plus nombreux; il faudra que le pays établisse de nouvelles taxes; nous en paierons sans doute notre part, nous donnerons un peu d'argent, mais il nous en rentrera beaucoup: » cela serait cruel, mais cela serait juste.

Et c'est dans un siècle de progrès et de civilisation, sous un gouvernement libéral, qu'on veut faire revivre un impôt sur une seule des professions scientifiques et la plus éminemment désintéressée. Aurait-on remarqué, par hasard, qu'elle procure d'immenses avantages à ceux qui l'exercent? Sont-ce les médecins qui achètent la propriété? A-t-on vu qu'ils fissent en général des fortunes brillantes ou rapides? Non, on le sait très bien, leur sort est de travailler pour vivre jusqu'à l'âge le plus avancé; leur carrière est de toutes la plus pénible à parcourir.

Ou bien on doit considérer la pratique de la médecine comme celle de tous les arts libéraux, et surtout reconnaître qu'un revenu quelconque n'en est pas une conséquence nécessaire; ou si l'on veut absolument la regarder comme une industrie, on ne peut méconnaître qu'elle n'est que l'industrie d'un seul, que celui qui l'exerce vit de son *travail journalier*, et d'un travail journalier qui ne peut avoir lieu dans tous les temps; car la Providence a voulu qu'il y eût des saisons plus salubres où l'humanité est rarement sujette à ses infirmités.

Si le *travail journalier* du médecin fournit à la plupart un revenu supérieur à celui des ouvriers et même de quelques artistes, qui vivent de leur travail, c'est parce que la science qu'il lui a fallu acquérir est plus grande; c'est une

juste compensation du temps et de l'argent employés à faire son éducation ; aussi à douze ou quinze ans l'ouvrier subvient à ses besoins ; le médecin, tout au plus à trente. Je ferai à cette occasion une remarque qui a échappé à ceux qui se sont occupés jusqu'à présent de ce sujet.

Toutes les professions patentées jusqu'à ce jour ne se composent pas du *travail d'un seul individu*. La patente est l'impôt des commis, des apprentis, des ouvriers, des gens aux gages du chef de la maison, qui tous concourent à sa prospérité sans payer d'impôt à l'état. C'est sur ce principe qu'est basé le droit proportionnel ; plus un magasin est vaste, plus il y a de marchandises et de commis ; une grande manufacture renferme un plus grand nombre d'ouvriers. Mais oserez-vous bien demander un droit proportionnel plus considérable au médecin dont l'appartement sera plus vaste parce qu'il aura une nombreuse famille à loger, à nourrir, à élever, lorsque le produit de son *travail à lui seul* est souvent insuffisant pour qu'il rende à ses enfans l'éducation qu'il a reçue de ses parens ? Ne pourra-t-il avoir une bibliothèque, un cabinet de physique, de chimie, d'histoire naturelle, sans que ces instrumens coûteux de son travail intellectuel lui occasionent une augmentation considérable d'impôt ?

Conséquent avec lui-même, le fisc, qui veut que la science soit un trafic, considère comme marchandise ce qui sert à l'augmenter ; il ne s'inquiète pas si le médecin consacre la moitié de son temps et souvent davantage à étudier, à écrire, à publier le résultat de ses travaux ; si sa santé ou ses goûts le forcent à s'enfermer la plus grande partie du jour dans son cabinet, pour se livrer à des occupations littéraires et scientifiques : qu'on écrive sur les modes, sur les spectacles, sur la politique, tout genre de littérature amie ou ennemie du gouvernement, grave ou futile, peut s'exercer sans payer patente ; mais cultiver la plus utile des sciences, poursuivre les secrets de la nature sur le vivant et sur le mort, dans les écrits anciens ou par des observations nouvelles, soulager de pauvres malades, passer des jours et des nuits à l'observation d'une affection rare, d'un fait intéressant, chercher enfin à augmenter ses connaissances au profit de l'humanité, le fisc ne le permet pas sans payer ; il veut que le médecin fasse de la médecine industrielle et mercantile, qu'il coure la clientèle, dussent ses forces le trahir ; que tout le jour et la nuit, s'il se peut, il voie des malades, que la bonté du Ciel en produise beaucoup, qu'il ne voie que ceux qui peuvent payer, qu'il les pressure pour augmenter le produit de son travail ; et, puisque c'est une vérité que le développement de tout négoce, de toute industrie, doit tourner au profit de l'état, fiscalement parlant, la peste deviendrait une source de prospérité pour la France.

Pour le droit fixe de la patente, nouvel embarras, nouvelle iniquité ; mais encore plus de ridicule. Aucun savant, aucun littérateur, aucun artiste ne se trouvant compris dans la liste des patentables, il fallait pourtant classer le médecin. Personne ne doutera que si on avait dû le placer parmi ses pairs dans la société, il eût dû l'être parmi les sommités, les hautes capacités du commerce ; mais l'intelligence et le savoir produisent bien davantage appliqués à l'industrie, qu'à la pratique de la médecine ; il fallait donc, pour ne pas rendre tout à fait impossible et ruineuse la perception de la patente des médecins, les ranger dans les classes les plus inférieures des commerçans ; aussi les médecins furent classés avec les marchands d'aiguilles à tricoter, les chirurgiens avec les charcutiers (1) : *risum teneatis*. Là, si le droit fixe est peu de chose, du moins le fisc se retire sur le droit proportionnel. Si donc ce que vous appelez son industrie est si peu profitable au médecin que vous vous êtes cru obligés de le classer si bas en matière de finance, comprenez donc une bonne fois que c'est parce qu'on ne fabrique pas de la médecine comme des bas ou de la chandelle, attendu que par lui-même, par lui seul et non par ses ouvriers, le médecin doit tout faire, études, pratique, bienfaisance, sans que vous ayez le droit de lui dire de se livrer à l'une plutôt qu'à l'autre de ces nécessités de sa position.

Après le fisc et le proportionnel, n'ont-ils pas encore d'autres droits ?... Si fait : en vertu de la patente, tous les impôts municipaux, commerciaux, centimes additionnels leur sont dévolus. Croirait-on jamais qu'on a forcé les médecins à contribuer de leurs deniers à élever le palais de la Bourse, qu'ils ont dû leur offrande au TEMPLE DE PLUTUS ! Le fisc, qui ne manque jamais de raisons, aura trouvé bonne celle-ci ; les anciens élevaient bien des temples aux DIEUX INCONNUS, *diis ignotis*.

Si toutes les lois antérieures depuis l'édit de Philippe-le-Bel ont dispensé les médecins de l'impôt des tailles et autres quelconques, et de toutes les charges publiques, c'était là des priviléges, mais des priviléges honorables et bien acquis. Aujourd'hui ce n'est pas contre les impôts communs à tous les citoyens que les médecins réclament, ce n'est point un privilége qu'ils redemandent, c'est d'une exception injuste, d'une humiliante dérision, enfin c'est de l'impôt de la patente ou boutique ouverte qu'ils poursuivent l'abolition, taxe dont aucun siècle, aucun peuple n'a donné l'exemple envers eux ; taxe contraire à toute idée d'humanité ; car la patente payée par un *industriel* étant réellement supportée par le *consommateur*, celle du *médecin* n'est autre chose qu'un impôt sur les *malades*.

Tous ceux qui se livrent à des professions industrielles paient par la patente le droit de l'exercer, mais ils n'ont pas payé d'avance et par anticipation ce droit, comme le médecin, par des inscriptions, des examens, plusieurs diplômes, frais, comme on le sait, très onéreux. Dans le commerce, le bénéfice est calculé, le prix des marchandises a un cours pour un ami comme pour un inconnu, pour le riche comme pour le pauvre. Quand les honoraires du médecin en ont-ils eu un ? Comment un impôt, quel qu'il soit, peut-il être établi sur le prix de ses visites ? De l'affection et de la reconnaissance

(1) Grotesque rapprochement du travail d'une main savante sur l'homme vivant avec celui de ses pareils devant le fisc et de leur objet immonde. Des citations aussi bizarres et ridicules ne me manqueraient pas, si la gravité de mon sujet ne me forçait à me les interdire.

sont souvent son seul salaire; un artiste lui donnera quelque produit de son talent; un ami croira l'offenser en lui offrant de l'argent, et des prévenances, un léger souvenir d'amitié, seront sa récompense. Peut-être quelques gens riches et généreux tiendront à honneur d'être les bienfaiteurs de celui qui aura sauvé la vie à une épouse, à des enfans; mais alors le docteur deviendra à son tour chargé d'une dette de reconnaissance. Comment le percepteur des contributions peut-il s'interposer dans de pareilles relations toutes morales, entre le bienfaiteur et l'obligé, entre les services d'un ami à son ami, d'un savant à son confrère de science, entre les bienfaits du médecin philantrope et les bénédictions de l'indigent?

Vous ne patentez pas l'homme de lettres, le statuaire, le peintre, le graveur, parce que vous ne pouvez forcer leur génie à produire; le médecin peut encore moins exercer son art quand il lui convient. Les uns peuvent toujours produire des objets plus ou moins parfaits, qui auront une valeur vénale quelconque; les autres sont souvent condamnés à l'inaction, parce que le hasard ne les favorise point, parce que leur santé se refuse à des fatigues trop grandes, à des nuits passées sans sommeil, ou bien s'y condamnent eux-mêmes pour se livrer à l'étude et à la méditation. Une maladie n'entrave pas les affaires d'une foule de professions; une femme, des commis, un contre-maître, suppléent à l'absence du chef de la maison, qui souvent, de son lit, peut encore tout diriger chez lui. Un médecin, obligé à un voyage pour une affaire de famille, ou atteint d'une maladie légère qui le prive de sortir, voit suspendre toutes ses occupations et perd souvent sa clientèle; frappé d'une affection grave, il n'a en perspective que la misère et le désespoir. Cependant, loin de frapper d'un impôt arbitraire les autres professions intellectuelles, les beaux-arts qui donnent souvent et fortune et richesse à ceux qui les exercent, le gouvernement les entoure de sa protection, leur distribue des encouragemens; et tandis que le budget paiera largement aux artistes, à leurs veuves, à leurs enfans, des talens agréables qui n'ont procuré que du plaisir, l'homme vraiment utile, le seul dont les talens doivent de toute nécessité être souvent prodigués sans salaires, n'y sera jamais porté que pour recette; et cette injustice, seulement parce qu'il n'a pas cent journaux pour publier son mérite et ses bienfaits. Un artiste distingué vient de mourir; les journaux accusent le gouvernement de ne lui avoir point donné de secours; le gouvernement s'en défend comme d'un crime; et Blancheton, frappé de cécité, n'a été secouru que par ses confrères!

On a dit que le médecin avait le droit d'actionner ses débiteurs devant les tribunaux; mais ce droit, qui est commun à tous, en use-t-il fréquemment? On trouve très naturel qu'un peintre, un statuaire, un homme de lettres, réclament ainsi le prix de leurs peines; et un mauvais vernis s'attache au médecin qui use du même droit. S'ils ont affaire à des gens de mauvaise foi, le commerçant, l'artiste, l'artisan, peuvent retenir ou reprendre leur marchandise, le produit de leur industrie; le médecin, qui ne peut rien retenir, qui, au bout d'un an, voit la prescription atteindre sa créance, a l'opinion publique contre lui s'il veut user de la protection que la loi accorde à tous les citoyens. Je dirai plus, ils ont même contre eux l'opinion des magistrats (1). On a dit encore qu'il était créancier privilégié dans les successions, et c'est cet argument que l'on a fait valoir quand on l'a rendu sujet à la patente, et qu'on en a dispensé les avocats; mais ce privilége n'est-il pas établi plus dans l'intérêt de la société et de la morale publique que dans celui des médecins? Il est évident que le législateur, en désignant parmi les créances privilégiées *les frais quelconques de la dernière maladie concurremment entre ceux à qui ils sont dus, ainsi que les frais de sépulture*, n'a pas envisagé spécialement le médecin; mais qu'il a voulu que le malade ne manquât de rien de ce qui lui est nécessaire dans ses derniers momens; et que, par le même motif, il a assuré au décédé une inhumation convenable. Autrement le privilége eût été accordé à plus forte raison au docteur qui aurait sauvé son malade.

Les avocats, a-t-on dit, sont les défenseurs souvent gratuits de la veuve et de l'orphelin, et cet argument les rendit exempts de la patente; cela est juste; mais les médecins sont plus souvent encore les sauveurs désintéressés des malheureux. En général, celui qui a des procès a quelque fortune, quelque intérêt à défendre, tandis que le pauvre est plus souvent affecté de maladie que le riche. Loin de moi de vouloir diminuer le mérite du désintéressement joint à l'éloquence, mais les succès modestes du médecin ont lieu seulement dans la demeure de ceux qui souffrent: ses bienfaits ne sont célébrés que dans l'asile du pauvre qu'il a secouru, tandis que ceux de l'avocat éloquent, humain, généreux, reçoivent une publicité rapide qui le conduit au moins à la célébrité, souvent à la fortune.

En soumettant à votre impôt les médecins des hôpitaux, dont fort peu reçoivent un traitement, les médecins de bienfaisance, qui n'en touchent aucun, et tous les médecins et chirurgiens, qui à divers titres donnent gratuitement leur temps aux pauvres, et que vous serez contraints de rétribuer fortement, vous en dispenserez cependant les médecins militaires; mais empêcherez-vous ceux-ci de mériter et d'obtenir la confiance publique? Leur interdirez-vous de voir des malades, ainsi qu'à cette foule de médecins et chirurgiens retraités de la guerre ou de la marine, qui, trop âgés peut-être pour se former une nombreuse clientèle, ne peuvent cependant échanger leur vie active pour une oisiveté absolue, et consacrent encore à secourir les malades la force qui leur reste et leur vieille expérience? Et ces médecins si nombreux lorsqu'il y a des dangers à braver, de la gloire à acquérir, qui sollicitent à l'envi d'aller à leurs frais dans les

(1) Le journal *la Lancette* et, après lui, tous les journaux ont raconté le fait suivant.— Madame Asselin, veuve d'un médecin mort du choléra, réclamant près du juge de paix du sixième arrondissement des honoraires dus par un malade que son mari avait sauvé de cette affreuse maladie: « Je m'étonne, dit le juge, de cette réclamation. Les médecins n'ont-ils pas été assez récompensés par les éloges des journaux? »

pays où une épidémie grave et contagieuse se déclare, leur ferez-vous payer le droit d'affronter la mort pour vous être utiles? et tandis que la loi atteindra les médecins légalement reçus qui exercent avec conscience, même ceux qui cherchent à exercer sans le pouvoir, elle ne frappera pas le nombre si grand des gens qui abusent de la crédulité ou qui profitent de l'amour du merveilleux, les magnétiseurs, les somnambules, les guérisseurs sans diplôme, les rebouteurs, les marchands de remèdes secrets, et tant d'autres qui éludent tous les jours les défenses de l'autorité, les jugemens des tribunaux, et que la justice ne peut atteindre que lorsque les plaintes de leurs victimes viennent les lui dénoncer, tant il est difficile de constater, pour eux et pour nous, si on se livre ou non à la pratique de l'art de guérir. Ici une réflexion se présente. Comment constaterez-vous que M. X... (1) exerce la médecine? N'a-t-il pas le droit de sortir de chez lui, d'aller chez les autres, de recevoir dans son cabinet? Son diplôme ne lui confère-t-il pas celui de signer des prescriptions? savez-vous si elles sont destinées à sa famille, à des malheureux? a-t-il besoin même d'en signer pour guérir des malades? Saurez-vous jamais s'il reçoit de l'argent ou seulement quelques présens? Enfin, d'après les exemples que j'ai cités de médecins non praticiens par force ou par volonté, il est impossible qu'on acquière la preuve que des docteurs exercent la médecine et en tirent profit, sans auparavant porter une loi contre leur liberté individuelle. Jusqu'ici, du moins, quoi qu'on ait fait pour nuire à la considération qui leur est due, quoiqu'ils aient été froissés dans leur juste orgueil et dans leurs intérêts, on n'a pu leur ravir l'indépendance de leur profession : ils ont su conserver dans toute son intégrité l'admirable serment d'Hippocrate, la plus haute leçon de morale et de philosophie, en ne rendant hommage et reconnaissance de leur savoir qu'à leurs maîtres, en ne le faisant servir qu'au bien de l'humanité, en donnant des secours aux blessés de tous les partis, en ne trahissant pas le secret de ceux qui s'étaient confiés à leurs soins, quelque blâme qu'ils pussent donner à leur conduite politique, en bravant les contagions comme le père de la médecine, en accomplissant enfin dans toutes les circonstances délicates ou périlleuses les devoirs d'un sacerdoce qui compte aussi ses martyrs. Ne vous y trompez pas, une loi injuste ou inhumaine, une fois signalée à l'opinion publique, ne peut manquer d'y être frappée de réprobation. Et celle qui prétend faire d'eux des spéculateurs sur les maux de l'humanité, déjà une fois tombée en désuétude, ne sera pas mieux accueillie aujourd'hui que ne le fut cette ordonnance qui autorise à exiger d'eux la délation, sous peine d'amende, lorsque vous avez tenté de la faire refleurir.

Tous les citoyens sont égaux devant la loi, elle les place tous sous son niveau; si elle leur impose également des charges, elle les protége également. Vérités triviales, pourquoi suis-je obligé de vous rappeler à nos administrrateurs financiers? La loi de patente, en même temps qu'elle est fiscale, est aussi une loi protectrice des intérêts industriels. Le négociant patenté, qui a fourni ses marchandises ou son or à un autre négociant, possède une action sur sa liberté à défaut de paiement. Cette protection ne doit-elle pas s'étendre pareillement sur tous ceux qui seront munis d'une patente et leur conférer les mêmes droits? Architectes, dressez vos plans, maçons à l'ouvrage, car certainement Sainte-Pélagie doit devenir une vaste maison de convalescence, une immense infirmerie, où seront renfermés les malades malheureux puisqu'elle est la prison de tous les commerçans insolvables; une telle loi ne peut être qu'injuste ou barbare... choisissez.

Le médecin peut-il comme tout industriel étendre, restreindre, modifier à volonté l'objet de sa profession? Il est permis à tout commerçant par votre loi d'exercer à la fois plusieurs genres d'industrie, et de n'être muni à cet effet que d'une seule patente. Un épicier, à qui son commerce ne suffit pas, peut y joindre la mercerie, la distillation et cent autres branches d'industrie; un banquier patenté peut exercer tout genre de négoce; mais si le médecin, par cela seul souvent qu'il est modeste, studieux, qu'il vit retiré du monde, n'est appelé que rarement à voir des malades, quelle profession voulez-vous qu'il joigne à la sienne? Des études dirigées vers un tel but le rendent-elles propres à aucun négoce, à aucune autre affaire? Votre loi déclare que l'on devra payer la patente dès le mois où l'on commence à exercer son industrie, et que l'on ne cessera de la devoir que le mois où l'on aura fermé son établissement, soit par retraite volontaire, faillite, etc. Mais pendant dix ans souvent vous exigerez la patente d'un médecin qui, avec la meilleure volonté et le plus de zèle, n'aura pu suffire à ses besoins; pendant dix ans vous forcerez un vieillard à se priver du nécessaire, et plusieurs années de la vie d'un praticien, des travaux littéraires, des maladies, des voyages souvent entrepris dans l'intérêt de la science, auront suspendu le cours de ses occupations. Le néophite, à peine revêtu de la robe doctorale, paie déjà à l'état un impôt personnel et mobilier, qui n'est nullement en rapport avec sa fortune : il satisfait en cela aux exigences sociales, qui le forcent à habiter un appartement décent et convenable; mais j'en ai connu beaucoup à qui pendant cinq ou six ans le fisc a enlevé par la patente plus que leur profession ne leur avait produit. C'est ainsi que l'administration en a contraint plusieurs à s'éloigner des devoirs et de la dignité du médecin, en ne leur permettant pas de faire un complément d'études pratiques, un stage, ni d'attendre, du temps, la confiance publique; mais en les forçant à l'aller chercher par des voies réprouvées. Ainsi en première ligne des causes qui, au détriment de la médecine savante et généreuse, produisent de nos jours le charlata-

(1) Voici le moyen par lequel l'administration des contributions prétend établir qu'un médecin exerce fructueusement. Un honnête agent est envoyé chez lui; il le consulte et dépose un faible honoraire, qu'on ne lui demande pas, quelquefois même à l'insu du docteur. Le lendemain celui-ci est patenté malgré toute réclamation. Non seulement le médecin doit aujourd'hui refuser les présens d'Artaxerce, mais il faut encore qu'il se défie des présens des Grecs : *Timeo Danaos, et dona ferentes.*

nisme, ce fléau honteux qu'engendre le besoin et qui vit d'imposture, on doit compter la patente que nous impose l'administration dont le devoir est de protéger la société contre lui.

Un vice encore plus radical de cette application de la loi des patentes aux sciences qui n'ont d'expression que la parole et l'écriture; c'est que la parole et les prescriptions médicales n'ont rien qui puisse être saisi comme garantie de l'exécution de la loi. Or, tout impôt doit reposer sur une matière imposable: si un médecin est logé chez son père, chez son frère, chez son ami, ou dans un appartement garni, saisira-t-on les meubles d'un parent, d'un ami, d'un hôtelier, si le médecin ne réussit pas dans sa profession, ou si, réussissant à sauver ses malades, il n'a pas le talent ou la volonté de se faire payer? Dès qu'un médecin n'*exige* pas de paiement, il ne reste pas même une apparence de justice à votre loi pour l'atteindre; car vous ne pouvez ni le contraindre à être intéressé, ni l'empêcher d'exercer avec désintéressement, vous qui, il y a deux ans, lui en fîtes une loi: *leurs soins seront gratuits.*

Qu'un individu s'introduise dans une boutique, se fasse remettre un objet d'une valeur même légère et refuse de le payer, aux cris du marchand chacun saisira le coupable, le procureur du roi interviendra, les tribunaux condamneront. Eh bien! tous les jours un inconnu entre chez un médecin ou un chirurgien, vient lui demander ses conseils, et un instrument en or ou en argent est-il nécessaire à sa guérison, il se le fait remettre; et si, dans l'incertitude d'être payé, le praticien agissait comme le marchand, il serait regardé comme un fou ou un méchant homme, et personne ne lui prêterait assistance. Vous voyez donc qu'il n'y a aucune parité entre les professions industrielles et la nôtre.

Une maison opulente ou nombreuse, une manufacture peut compter un docteur dans son personnel; le patenterez-vous plutôt que l'intendant, le régisseur, ou d'autres comme lui aux appointemens? Si deux maisons considérables font un abonnement avec lui, paiera-t-il patente en raison de ces deux traitemens fixes qu'il reçoit de deux familles à qui il se consacre uniquement? Le patenterez-vous s'il est attaché à trois maisons, s'il l'est à quatre, à dix, à vingt, à un nombre plus considérable si vous voulez? Ce doit être la même chose. Comment établirez-vous qu'un médecin tire profit de la pratique de son art? Ce n'est pas à lui à vous prouver qu'il ne reçoit pas d'honoraires; une preuve négative ne se fait pas; c'est à vous à lui prouver qu'il en reçoit habituellement, et que comme une marchandise, il ne donne ses soins que contre de l'argent. Il y aurait autant de justice à frapper d'un pareil impôt ce riverain de la mer ou des grands fleuves qui sauve habituellement des naufragés, des gens qui se noient, et reçoit habituellement aussi une récompense. Empêcherez-vous aussi celui-là d'exercer, sans lui faire payer une patente de nageur?

Le gouvernement ayant manifesté l'intention de proposer une loi relative à l'exercice de la médecine, a demandé à plusieurs corporations médicales, académies, facultés, des renseignemens. Parmi les propositions qui ont été faites par ces corps savans pour obtenir une plus égale répartition de médecins au milieu des populations, on a demandé que les communes s'imposassent pour donner un traitement fixe à des médecins, qu'elles attireraient dans leur sein, et qui seraient tenus d'y visiter gratuitement les indigens, afin que cette rétribution, jointe aux honoraires qu'ils recevraient des riches, leur permît d'exister. Cette proposition prouve jusqu'à l'évidence que les soins réclamés par les malheureux sont tellement nombreux, tellement onéreux pour les praticiens de l'art de guérir, qu'ils ne peuvent vivre de leur profession. Imposerez-vous donc ces gens que vous êtes obligés de rétribuer? Que ne soumettez-vous aussi à la patente les ministres de la religion, puisqu'ils tirent aussi en partie leur existence du paiement de quelques actes de leur ministère?

Dans les grandes villes, où beaucoup de médecins choisissent leur résidence, il est aussi difficile au moins qu'ils retirent de leur profession des moyens suffisans d'exister convenablement; la plupart n'y séjournent que parce que leur patrimoine ou leur résignation à vivre de peu leur fait braver le désavantage de leur position, afin de résider au milieu d'un centre de civilisation et de lumières, près des dépôts de la science, dans le sein d'une société éclairée, et soutenus par l'espoir incertain d'une clientèle, que très peu parviennent à se former, attendu que leur nombre y est hors de toute proportion avec les besoins des habitans.

Si nous prenons pour exemple Paris: deux ou trois cents médecins y pratiquaient leur art il y a quarante ans; aujourd'hui plus de quinze cents y résident. Qu'en est-il arrivé? un grand avantage pour la société sans doute, un désavantage immense pour le médecin; pas un hôpital nouveau n'a été créé, et chaque lit, à cette époque, contenait deux, trois, quatre malades et davantage, tandis qu'aujourd'hui ils n'en reçoivent qu'un. La philantropie des médecins a secondé noblement celle de l'administration. Partout, ainsi que je l'ai dit, le peuple trouve des soins gratuits ou peu coûteux. L'usage fait une loi, l'humanité un devoir à ceux qui exercent l'art de guérir, de se contenter d'un faible honoraire des gens dont la fortune est médiocre, et de n'exiger rien du malheureux. Je demande donc s'il y a justice que le gouvernement, qui profite de cet accroissement du corps médical et qui le favorise de son pouvoir, exige un pareil impôt d'une profession dont il a dû sacrifier les intérêts à ceux de la santé publique, tandis que pour celles qui n'ont pour objet que la fortune des particuliers, des priviléges, des charges ont été établis ou conservés qui restreignent leur nombre et assurent une existence honorable à ceux qui les exercent. L'influence morale du médecin importe-t-elle donc moins à la société que la leur? N'est-il pas indispensable qu'une pratique constante alimente ses connaissances, entretienne sa sagacité? N'est-il pas plus nécessaire encore qu'il soit doué des sentimens élevés, délicats, généreux que l'infortune tend à flétrir. Disons que près des aliénés, au chevet du lit des malades, près des mourans, au milieu des familles désolées, comme au milieu des familles désunies, près de la jeune fille qui s'est écartée de ses devoirs, comme près de son séducteur,

dans ses fréquens rapports avec la justice qui remet en ses mains l'honneur et la vie des citoyens, dans mille circonstances enfin, où il est appelé à diriger vers le bien, à empêcher des malheurs ou des crimes; son ministère est tellement grave, sa position tellement influente, que je ne crois pas qu'il y ait une profession qui mérite davantage qu'on lui assure une noble indépendance et la protection éclairée des lois. Cette influence sociale, l'estime publique dont ils jouissent, l'opinion de l'immense majorité des citoyens qui ont constamment témoigné leur surprise et leur désapprobation de voir les médecins soumis à la patente; ceux-ci doivent les tourner aujourd'hui à la confusion de ceux qui insistent pour exiger un droit, qui suppose que nous n'avons plus d'entrailles pour les souffrances de nos semblables. J'appelle ici mes confrères, les philantropes, les gens impartiaux et honnêtes à me seconder dans mon entreprise d'éclairer le gouvernement sur une question de justice et d'intérêt public, qui est de penser à relever la médecine par une bonne organisation, et non pas à opprimer la bienfaisance de cette profession par des lois fiscales, le génie de l'art par une injuste responsabilité, car la nécessité et la crainte ne peuvent tourner qu'au détriment de la société, et l'humanité d'abord doit en gémir.

J'admets que les législateurs, qui ont laissé subsister jusqu'à ce jour un impôt avilissant pour nous dans son principe et devenu plus injuste, plus onéreux qu'il ne le fut jamais, qu'ils n'ont pas réfléchi qu'on ne peut faire des malades dans la même proportion où l'on fait des médecins; que, placés au sommet de l'échelle sociale, ils n'ont jugé que par quelques sommités de la position des médecins de la France; mais si j'ai dit vrai en retraçant nos devoirs, nos obligations, si même les agens de l'autorité, qui sont par position les défenseurs d'une pareille loi, sont obligés de convenir qu'ils n'accorderaient ni estime, ni confiance au médecin qui refuserait les secours de l'humanité dans une guerre, une épidémie, un accident privé, qui ne serait pas compatissant pour les malheureux; que du moins ces sacrifices continuels, exigés d'eux par la société, ne soient pas aggravés par l'exception injuste d'une patente! Qu'ils soient corvéables, puisque c'est leur vocation et leur gloire de l'être; mais qu'ils ne soient pas taillables et corvéables à la fois! Si les faisant aussi nombreux, vous leur avez créé des loisirs, accordez-leur que ce qu'ils peuvent utiliser de leur temps soit uniquement consacré à leurs besoins, à ceux de leur famille; que, s'ils ont quelque superflu, ils puissent l'employer aux dépenses qu'entraînent des études, des travaux, des découvertes; et leurs loisirs, ainsi que leurs épargnes, tourneront encore au profit de l'humanité.

Faut-il le dire enfin, à l'instar des associations d'artisans qui vivent aussi de leur travail journalier, les médecins ont été obligés de se créer des caisses de secours mutuels: là, des vieillards infirmes après une vie bienfaisante et laborieuse; là, les veuves des Nysten, des Maygrier; là, des enfans en bas âge de nos confrères viennent demander de faibles secours pour exister. Ce n'est qu'oppressé par la douleur qu'un médecin peut avouer que des hommes célèbres dans les fastes de l'art, dont les travaux et les découvertes arrachent encore aujourd'hui des victimes au trépas, ont vécu dans la médiocrité et sont morts dans l'infortune. Un tel aveu m'a coûté à faire; mais après tout, médecins, gens de science et d'humanité, ce n'est pas à nous à en rougir.

Le diplôme de médecin, s'il ne lui assure pas un état, le revêt d'un caractère dont rien ne peut le dépouiller, pas même le non-paiement d'une patente. Si, indépendant par son patrimoine ou par des travaux littéraires, il veut s'exempter des dégoûts et des fatigues de notre profession, pourra-t-il dire au malade qui réclamera impérieusement ses soins, dont le domicile sera éloigné de la résidence d'un autre docteur, ou qui n'aura confiance qu'en lui: Je ne peux vous secourir, un droit trop onéreux frapperait cet acte officieux; ma maison de campagne, mon domicile serait considéré comme une boutique de médecine? Non, il ne le pourra pas; le malade le maudirait lui d'abord, et ensuite votre loi qu'il taxerait, à bon droit, d'inhumanité et de barbarie: de quelque manière qu'on envisage notre patente, injuste, exorbitante pour le médecin, elle est cruelle envers la société. En effet, l'intelligence et la pensée, immatériels attributs de l'homme, peuvent-ils s'interdire ou se concéder à prix d'argent chez un peuple civilisé, et encore moins leur application au soulagement des malades? Des garanties de capacité, de science, de moralité, voilà tout ce que la société peut et doit exiger des médecins, ainsi que des jurisconsultes, des théologiens, des instituteurs de la jeunesse. Nous aurons encore, en cela, l'avantage sur les peuples anciens, nos maîtres en médecine, en jurisprudence et en philosophie.

Lorsque, dans la confusion et le trouble de la première révolution, on a soumis les médecins à la patente, pendant dix ans les écoles publiques avaient été fermées, pendant dix ans aucune réception n'avait été faite, et ils étaient par conséquent assez peu nombreux pour que leur état leur produisît un revenu assuré. C'est sans doute ce motif qui les fit alors ne pas élever des réclamations assez vives pour qu'elles fussent écoutées; mais aujourd'hui que cette carrière ne peut être suivie que par inclination, ainsi que toutes les sciences, ainsi que tous les beaux arts, il est temps d'élever la voix pour que l'on répare cette injustice, et de demander si la patente est un impôt sur l'industrie et le négoce, qui sert à faire foi devant les tribunaux que tel individu est commerçant, si les lois sur les faillites et les lettres de change lui peuvent être appliquées, si en raison de sa profession il est sujet à la contrainte par corps, et s'il a le droit de la demander aux tribunaux consulaires contre ceux qui ne le paient pas; ou si c'est un impôt dont on prétend frapper toute capacité qu'on aurait à exercer une science, un art libéral, un talent, et qui doit atteindre la généralité de ceux qui se livrent à un travail intellectuel, ou sont aptes à le faire? Si vous voulez donner une telle extension à cette loi, frappez donc de la patente non seulement le médecin, l'avocat, l'homme de lettres, le peintre, le musicien, tout ce qui est artiste ou savant, tous

ceux à qui leur talent donne un revenu présumé, mais encore toutes les fonctions, tous les emplois civils et militaires qui ont un revenu certain, à commencer par les ministres eux-mêmes.

S'il n'en doit pas être ainsi, il m'est permis de compter sur la justice et les lumières des députés pour ne pas voir les médecins plus longtemps dans une position exceptionnelle, continuer, seuls de tous ceux avec qui leur profession a de l'analogie, à payer la patente. La loi de brumaire an VII doit être abrogée dans ses dispositions relatives à la pratique de l'art de guérir, loin d'étendre l'impôt sur ceux qui exercent des fonctions gratuites, et le gouvernement issu de la révolution de juillet ne voudra pas nous faire regretter la modération des lois fiscales de la république.

Vous, députés de la France, qui au commencement de cette session avez fait pressentir que vous voudriez plutôt une économie plus sévère qu'une augmentation des impôts, vous surtout que l'étude des lois a fait choisir par vos concitoyens pour concourir à nous en donner, avocats, que le projet de loi avait désignés aussi pour être sujets à la patente, soyez nos défenseurs; ce que le fisc n'ose vous demander aujourd'hui, il vous le demandera demain; l'analogie de notre position l'y autorise. En protégeant notre indépendance et notre dignité, plus encore que nos intérêts, vous protégerez aussi l'indépendance et la dignité de votre profession. Aujourd'hui l'on ne vous épargne que parce que l'on vous craint; si vous n'étiez en nombre dans la chambre des députés et que le choléra fût dans nos murs, ce serait vous qui seriez frappés, nous que l'on épargnerait. Est-ce là la justice de la charte, qui dit que tous les citoyens doivent contribuer indistinctement aux charges de l'état dans la proportion de leur fortune? J'en appelle à la générosité de vos cœurs, à l'équité de votre jugement, est-ce une fortune qu'une profession purement intellectuelle? Quant à nous, membres du corps médical, si les observations qu'ont adressées les facultés, les académies, les corps savans auxquels nous appartenons, n'ont point été écoutées jusqu'à ce jour, ne cessons pas de protester énergiquement contre une telle application de la loi des patentes, qui tend à nous interdire les études et la générosité, nos plus doux priviléges; qui tend à dégrader nos esprits, à énerver nos vertus. Notre conviction deviendra celle de tous les hommes qui ont quelques idées philantropiques et généreuses, et nous réussirons, n'en doutons pas, à recouvrer dans son intégrité le droit de partager notre temps, librement et sans payer, entre des travaux utiles à l'humanité, et des devoirs envers elle imprescriptibles, mais immenses, le droit enfin d'exercer noblement la plus noble des professions.

Une loi en opposition avec les mœurs ne peut subsister (1).

LOUYER-VILLERMAY.

(1) Je ne puis terminer cet écrit sans m'honorer de compter parmi les défenseurs de mon opinion M. Marc, médecin du roi, et M. Trébuchet, avocat, chef du bureau de la salubrité; l'un par un procès soutenu contre le fisc, l'autre dans son important ouvrage de la jurisprudence de la médecine, en soutenant les mêmes principes, ont donné une grande preuve de la justice de notre cause et de l'indépendance de leur caractère.

III. — MÉLANGES.

Les nouvelles médicales et le résumé des travaux des Sociétés savantes, que contient toujours notre troisième chapitre, seront donnés le mois prochain.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PL. XVII. — HERNIE INGUINALE GRAISSEUSE. (Côté gauche, adulte, grandeur naturelle.)

Indication des parties: A, la saillie de la hanche gauche; B, le côté gauche du ventre; C, le voisinage de l'ombilic; D, E, la ligne blanche; F, le pénis dénudé; G, G, le cordon spermatique; H, I, K, L, le dedans, le devant et le dehors de la cuisse gauche; M, N, O, O, l'aponévrose *fascia-lata* au devant des muscles superficiels de la cuisse; P, la même aponévrose au devant des muscles pectiné et moyen adducteur.

a, *b*, *b*, *b*, *c*, ligne inclinée représentant l'arcade crurale gauche; *a*, ou l'épine iliaque, *c*, ou l'épine pubienne, sont les deux extrémités de cette arcade; *d*, ligament suspenseur de la verge; *e*, *e*, *e*, pilier antérieur et supérieur de l'anneau inguinal; *f*, *f*, *f*, *f*, feuillet celluleux passant d'un bord à l'autre de l'anneau inguinal écarté, au devant de la colonne graisseuse; *g*, plusieurs plis concentriques qui forment ce feuillet; *h*, le flocon ou la colonne de graisse contenue dans le canal inguinal, prête à en franchir l'anneau inférieur, et constituant la hernie graisseuse; *i*, *i*, *i*, *i*, *i*, couche de tissu cellulaire graisseuse, au devant des vaisseaux cruraux.

Dr. *Jacques* LEBAUDY.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° VI. — FÉVRIER 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

DE LA CAUTÉRISATION DU LARYNX DANS CERTAINS CAS D'APHONIE CHRONIQUE.

Il y a quatre ans que j'ai publié, dans un journal de médecine, l'histoire d'une jeune fille que j'avais guérie rapidement d'une aphonie chronique par la cautérisation de la membrane muqueuse du larynx. Ce moyen tout nouveau, et auquel je n'avais d'abord recouru qu'en désespoir de cause, est devenu entre mes mains une véritable méthode de traitement, et aujourd'hui je puis l'appuyer d'un assez grand nombre de faits pour qu'elle mérite de prendre rang parmi les moyens thérapeutiques les plus utiles dans le traitement d'une maladie le plus souvent rebelle à toutes nos médications.

Les causes de l'aphonie chronique sont nombreuses et variées. Une des plus fréquentes est l'ulcération du larynx.

Cette ulcération dépend ordinairement de la vérole ou de la phthisie pulmonaire. Dans le premier cas, elle est le plus souvent guérissable; dans le second, elle ne l'est jamais, ou presque jamais. Lors même que les ulcérations guérissent, elles peuvent encore avoir laissé dans le larynx de tels désordres que la voix soit irrévocablement perdue.

La méthode de traitement que je propose ne peut guérir l'aphonie qui reconnaît pour cause une ulcération actuelle du larynx.

Je ne la proposerai pas non plus pour les aphonies chroniques causées par une déformation accidentelle, par une plaie avec déplacement ou destruction des parties constituantes du larynx; par la présence d'un polype, ou d'un corps étranger des voies aériennes; dans celles qui sont le résultat de la paralysie des muscles laryngiens; dans celles que produisent les tumeurs diverses développées dans l'œsophage ou dans le gosier.

En un mot, je la regarderai comme peu utile dans le traitement des aphonies liées à un désordre grave de l'organe de la phonation.

Mais souvent les lésions anatomiques du larynx ne sont pas profondes; quelquefois même on a lieu de supposer qu'elles sont extrêmement superficielles. L'aphonie n'en est pas moins très rebelle et n'en dure pas moins des années entières.

J'en distinguerai de deux sortes; l'aphonie qui vient soudainement, sans aucun précédent, à la suite d'une grande perturbation nerveuse, au début d'un catarrhe aigu, lors de la suppression des règles, pendant la durée d'une maladie des organes génitaux.

La seconde espèce d'aphonie chronique a une marche bien différente. D'abord la voix se voile de temps en temps, bientôt l'enrouement augmente : le timbre de la voix est beaucoup plus grave le matin au moment où les malades se lèvent; il est, au contraire, plus aigu le soir; il faut alors de grands efforts pour produire des sons clairs. Ensuite, malgré les plus grands efforts, il est des jours où, après un exercice trop prolongé de la parole, le larynx refuse de produire des sons. Cette aphonie, d'abord intermittente, se remarque surtout le soir; enfin elle devient complète et continue.

La première forme de l'aphonie chronique dont je viens de parler, n'affecte en général que les femmes. Elle peut durer des années entières; mais on la voit quelquefois disparaître avec autant de soudaineté qu'elle est venue, et sans qu'il soit plus facile de se rendre compte de la guérison que de l'invasion de la maladie.

La seconde forme se rencontre dans les deux sexes; les hommes pourtant y sont plus souvent exposés que les femmes, ceux surtout que leur profession oblige à parler continuellement à haute voix, à l'air, ou dans une grande enceinte. Les chanteurs, les avocats, les officiers de marine, éprouvent fréquemment de graves altérations du timbre de la voix, et enfin l'aphonie. Cette forme d'aphonie chronique est beaucoup plus difficile à guérir que la première; on l'a vue durer toute la vie. Dans ces deux espèces d'aphonie, bien que probablement la membrane muqueuse du larynx soit le siége d'une phlegmasie légère, cependant on ne peut constater cet état inflammatoire; car il n'y a ni difficulté de respirer, ni gonflement extérieur du larynx, ni douleur.

Mais, dans quelques cas, il existe une inflammation très manifeste; extérieurement le larynx est gonflé : ce gonflement peut encore se constater, quoique difficilement, en explorant directement la partie supérieure de l'organe avec le doigt introduit dans la bouche; la douleur est souvent très vive quand on avale, quand on respire un air froid ou que l'on vient de faire de grands efforts pour parler? Ces symptômes ne sont pas rares dans les syphilis constitutionnelles et peuvent exister indépendamment de toute ulcération, siégeant dans le larynx lui-même; mais on les observe aussi chez les personnes qui n'ont jamais eu la vérole. Cette forme de la maladie quoique plus grave que les deux précédentes, est loin pourtant de se montrer incurable, le même traitement lui convient, à quelques modifications près.

Mon intention n'est pas, dans ce court Mé-

moire, d'indiquer toutes les méthodes de traitement justement conseillées dans l'aphonie chronique. Ces méthodes, j'y ai recours; mais j'y joins un moyen qui m'est propre, et qui, par son innocuité et par son extrême efficacité, me semble devoir tenir le premier rang; je veux parler de la *cautérisation du pharynx et de la partie supérieure du larynx*.

Cette cautérisation se fait avec une solution de nitrate d'argent dans de l'eau distillée. Le caustique est porté dans la gorge de la manière suivante (1) : On prend une tige de baleine, d'une ligne et demie de diamètre, et on la choisit de ce volume pour qu'elle ne se ploie pas trop facilement. On la fait chauffer sur la flamme d'une bougie, à un pouce à peu près de son extrémité, et, quand elle est suffisamment ramollie, on la recourbe de manière à former un angle droit. Alors, à l'extrémité de la tige de la baleine, on pratique une entaille circulaire et profonde et on y attache fermement une petite éponge de forme sphérique et de six lignes de diamètre. On imbibe l'éponge de la solution de nitrate d'argent, jusque-là qu'elle ne laisse dégoutter la liqueur caustique que si on exerce une légère pression. Cela fait, on fait ouvrir largement la bouche du malade, on abaisse avec une cuiller la base de la langue et l'on introduit le porte-caustique. Dès que l'on a dépassé l'isthme du gosier, on heurte la paroi postérieure du pharynx avec l'angle de la tige de baleine; un mouvement de déglutition s'opère aussitôt qui porte le larynx en haut : on saisit ce moment pour ramener en avant l'éponge que l'on avait enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage; par cette manœuvre, on revient sur l'entrée du larynx en relevant l'épiglotte, et alors, appuyant fortement sur la base de la langue avec la portion de baleine qui se trouve dans la bouche, on exprime l'éponge dans le larynx et dans toute l'arrière-bouche, ce en quoi on est servi par les convulsions du pharynx et par les efforts que fait le malade pour aspirer l'air dont le passage est intercepté. Cette opération dure tout au plus huit ou dix secondes.

On s'effraie beaucoup de l'idée d'une cautérisation pratiquée ainsi dans la gorge et à l'entrée du larynx, je veux m'expliquer un peu sur ce point et rassurer les praticiens. On peut, quinze jours de suite, porter une fois une solution saturée de nitrate d'argent sur la membrane muqueuse qui tapisse le pharynx, sans produire la plus légère érosion, et autre chose qu'une astriction à peine douloureuse. La seule chose dont se plaignent les patiens, ce sont des nausées et un goût métallique qui les poursuit pendant quelques heures. Qu'on cesse donc de regarder comme téméraire une pratique si simple, si facile, si exempte de dangers et même d'inconvéniens; pratique qui, dans peu d'années, sera passée dans le domaine de la thérapeutique la plus vulgaire, tant est grande son innocuité.

Je vais maintenant faire connaître quelques observations, dont deux déjà ont reçu de la publicité.

(1) J'ai déjà indiqué dans le premier volume de notre Journal ce moyen de porter les caustiques dans l'arrière-bouche et sur le larynx.

1re *Observation. — Aphonie venue subitement et durant depuis trois mois; cautérisation de la gorge; guérison le quatrième jour.* — Henriette Maillet, âgée de vingt ans, entre, le 29 août 1831, à la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris. Elle avait été réglée à dix-sept ans, et le flux menstruel avait toujours été irrégulier et peu abondant. En 1830, elle éprouva une fluxion de poitrine dont elle fut bien guérie. Les poumons et le cœur étaient dans le meilleur état; jamais la malade n'avait eu d'hémoptysie, ni aucun symptôme d'hystérie.

L'affection pour laquelle elle réclamait nos soins datait de trois mois. A la fin de mai, Henriette, ayant ses règles depuis le matin, fit une partie de campagne et se refroidit; le soir, elle se coucha avec un mal de gorge et du malaise; elle passa néanmoins assez bien la nuit; mais, le matin, quand elle se réveilla, ses règles s'étaient supprimées et elle était complétement aphone. Depuis lors, malgré tous les traitemens, l'aphonie ne s'était pas dissipée, et cette jeune fille, quelques efforts qu'elle fît, ne pouvait faire entendre d'autres sons que ceux qu'articule une personne qui parle tout à fait bas.

Quelques jours après l'apparition de la maladie, un médecin avait été appelé; une première saignée, puis une seconde avaient été faites sans aucun résultat. Deux mois plus tard, les règles ne revenant pas, on applique des sangsues au siége. L'aphonie ne fut en rien modifiée par cette médication, bien que la menstruation eût reparu sous son influence. Cependant le larynx n'était pas douloureux; il n'y avait ni toux ni fièvre, et l'on se décida à appliquer un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou. La suppuration fut entretenue quelque temps; cette tentative échoua encore, et ce fut en désespoir de cause que Henriette Maillet entra à l'Hôtel-Dieu. Peu de jours auparavant, les règles s'étaient remontrées juste à l'époque où elles devaient venir, et cependant son état ne s'était nullement amélioré.

Je pensai que la syncope produirait peut-être un heureux résultat, comme on l'a vu quelquefois dans des cas d'aphonie hystérique; et pour déterminer la lipothymie, je fis saigner la malade assise sur une chaise. La syncope eut lieu en effet, mais rien d'avantageux ne s'ensuivit; on remarqua seulement que la jeune fille poussa un cri aigu au moment où la lancette divisa les tégumens.

J'attendis pendant deux jours l'effet de la saignée qui fut aussi inefficace que celles qui avaient été pratiquées en ville, et que l'application de sangsues qui avait été faite aussi quelque temps auparavant. L'idée me vint d'appliquer des rubéfians sur la peau du col, et j'y étais porté d'autant plus volontiers que je connaissais un cas de guérison produite par l'application d'un sinapisme au devant de la trachée. Ce fait curieux appartient à M. le docteur Toirac qui guérit en effet, par ce moyen, un frotteur qui était aphone; mais depuis quinze jours seulement. Toutefois je fus arrêté par l'idée que déjà l'application d'un large vésicatoire n'avait rien produit d'avantageux. Une médication topique me parut devoir être tentée de préférence à toute autre, et je résolus de

cautériser le pharynx et la partie supérieure du larynx.

Cette opération ne dura pas un quart de minute. Je retirai l'éponge, et il survint aussitôt des haut-le-corps, de la toux, des crachotemens. Après deux ou trois minutes, tous ces phénomènes cessèrent ; il ne resta que les crachotemens et de la toux. La malade ne ressentait à la gorge aucune douleur vive ; elle se plaignait seulement d'un goût insupportable.

Le lendemain, à la visite, il n'y avait aucun changement ; elle souffrait un peu en avalant.

Quarante-huit après la cautérisation, l'aphonie s'était en partie dissipée ; la malade avait parlé assez nettement avant la visite avec quelques unes de ses voisines. Lorsque je l'interrogeai, elle me répondit qu'elle allait mieux, et elle prononça plusieurs phrases d'une voix enrouée, mais distinctement et de manière à être entendue à une distance de deux ou trois pas. Puis elle devint aphone, et seulement, lorsqu'elle faisait de grands efforts, on entendait un sifflement dans le larynx : elle ressentait une légère douleur au fond de la gorge.

Je lui recommandai le silence le plus absolu, et en même temps je prescrivis une boisson émolliente que je l'invitai à boire souvent et à petites gorgées.

Le lendemain matin, troisième jour de la cautérisation, la voix était beaucoup moins nette que la veille. Le soir, il y eut quelques sons assez clairs de produits.

Le quatrième jour, elle parla avec facilité ; l'aphonie était complétement dissipée et sans retour : la voix était seulement un peu voilée, et l'on s'apercevait de temps en temps que le larynx était obstrué par des mucosités dont la malade se débarrassait en toussant.

Le cinquième jour, la voix était plus nette et plus éclatante ; la douleur causée par la cautérisation se faisait encore sentir au niveau du larynx ; mais elle était fort supportable, et n'empêchait pas la malade de manger du pain et des alimens solides. Enfin, pour terminer, la voix reprit rapidement le timbre qu'elle avait avant l'invasion de la maladie, et Henriette Maillet sortit parfaitement guérie, le 10 septembre 1831, ressentant encore une très légère douleur au point correspondant à la partie supérieure du larynx. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

2e *Observation.*— Aphonie venue subitement dans le cours d'un catarrhe aigu. Cautérisation de la gorge. Guérison le troisième jour. — Une femme de trente-sept ans entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être traitée d'une aphonie qui durait depuis trois mois.

La malade, quelque temps auparavant, avait éprouvé un catarrhe aigu à peine fébrile. Quinze jours après le début du catarrhe, la voix s'était subitement éteinte, et, depuis lors n'était jamais revenue, quoique le rhume fût complétement dissipé. J'explorai la poitrine avec le plus grand soin, rien n'indiquait une lésion pulmonaire. Le larynx n'était ni gonflé ni douloureux ; les amygdales ne présentaient rien d'anormal, la menstruation était régulière. Je fis immédiatement une cautérisation dès le premier jour ; il y eut de l'amendement, et, trois jours après la voix était revenue. Cette malade est encore restée quelque temps à l'hôpital sans éprouver de rechute.

3e *Observation.*— Aphonie venue lentement dans le cours d'un catarrhe chronique. Cautérisation de la gorge. Guérison après un mois. — La troisième malade était âgée de quarante-trois ans. Depuis long-temps elle était sujette à un catarrhe bronchique qui revenait tous les hivers, et qui durait jusqu'aux premières chaleurs du printemps. Cette femme était marchande au Temple, et était constamment exposée aux injures de l'air sous un auvent qui lui servait de boutique, et, à chaque instant, elle était forcée de parler à haute voix, quel que fût d'ailleurs l'état de sa santé. Insensiblement, le timbre de sa voix s'était altéré, et, depuis plusieurs années, madame *** avait ce que, dans un langage trivial, on appelle *une voix de rogomme.* Enfin, elle devint complétement aphone vers le mois de mars 1831, à la suite d'un catarrhe qui durait depuis plusieurs mois. Elle s'inquiéta d'abord assez peu de cet accident ; mais voyant que l'extinction de voix persistait, elle eut recours aux conseils de plusieurs médecins, qui tous se bornèrent à indiquer les émissions sanguines et les médications révulsives. Enfin, fatiguée des traitemens infructueux qu'elle avait suivis, elle se décida à entrer à la maison royale de santé. M. le professeur Duméril me pria de la venir voir ; il avait fait appliquer sur la région antérieure du col un large vésicatoire, et en même temps, il avait prescrit un régime adoucissant.

Quand nous la vîmes, elle était dans l'état suivant : le visage, la contenance de la malade indiquaient une santé parfaite. Les fonctions des organes encéphaliques et abdominaux se faisaient avec une entière facilité. Il n'y avait point de fièvre ; la poitrine résonnait dans toute son étendue. On entendait çà et là un peu de râle muqueux. Il y avait de la toux et une expectoration muqueuse assez abondante ; rien d'ailleurs ne permettait de soupçonner l'existence d'une phthisie tuberculeuse. Dans les mouvemens de déglutition, il existait de l'embarras plutôt que de la douleur dans la région du larynx. Lorsque la malade ne faisait pas de grands efforts pour parler, sa voix ressemblait à celle d'une personne qui parle bas ; mais dès qu'elle s'animait et qu'elle voulait à toute force produire quelque son vocal, on entendait de temps en temps de petits sifflemens analogues aux miaulemens d'un chat naissant.

Quoique je conçusse bien peu d'espérance de guérison, je résolus néanmoins de tenter un moyen que je regarde comme tout à fait exempt de danger, et qui n'est que bien peu douloureux. Je pratiquai donc la cautérisation de la partie supérieure du larynx.

Cette opération ne dura pas un quart de minute. Je retirai l'éponge, et il survint aussitôt des haut-le-corps, des vomissemens et une toux que rien ne pouvait arrêter.

Cet état d'angoisse dura près d'un quart d'heure : dès que la toux et les vomissemens se furent un peu modérés, la malade, que nous interrogions sur la douleur que l'opération lui avait causée, nous répondit avec une voix enrouée, mais assez forte, qu'elle souffrait peu ; et comme elle s'étonnait aussi bien que nous du

changement subit de sa voix : « Il y a huit « mois, nous dit-elle joyeusement, que je n'en « ai fait autant. » Nous l'engageâmes à garder le silence, et à se gargariser avec une solution d'alun. Les haut-le-corps et les nausées se renouvelèrent jusqu'au lendemain matin, et la douleur de gorge, suite inséparable de l'opération, persista pendant tout le second jour. Cette douleur n'était pourtant pas assez violente pour empêcher la malade de boire et même de manger des potages.

Quant à l'aphonie, elle n'était nullement modifiée le lendemain matin; nous espérâmes, mais en vain, que dans peu de jours nous verrions se réaliser les espérances que nous avait fait concevoir le rétablissement presque immédiat de la voix immédiatement après l'opération. La malade quitta la maison de santé dix jours après la cautérisation.

Peu après sa sortie, elle vint me voir, et me conjura de recommencer la cautérisation; c'était, me disait-elle, la seule chose qui l'eût fait parler un instant, et elle espérait beaucoup d'une seconde tentative.

J'avoue que je partageais entièrement son opinion; aussi j'eus peu de peine à me décider. J'allai donc chez elle, accompagné de M. le professeur Bouillaud, qui voulut bien m'éclairer de ses conseils, et je cautérisai une seconde fois avec une solution saturée de nitrate d'argent; mais je me servis d'une éponge plus grosse, et je l'imbibai tellement, qu'une légère compression pouvait aisément en faire sortir au moins dix gouttes. Aussi, quoique la malade s'armât de courage et de résistance, elle ne put tolérer l'introduction du nitrate d'argent dans le larynx, et par un mouvement de toux convulsive, elle me renvoya au visage une si grande quantité de solution caustique, que j'eus, pendant plusieurs jours, la face toute remplie de taches noires. Immédiatement après l'opération, le pharynx, la langue et toute la membrane muqueuse buccale étaient d'un blanc de lait; une toux violente, accompagnée de vomissemens, se manifesta immédiatement, et pendant vingt-quatre heures, les vomissemens se reproduisirent dès que la malade buvait quelque chose : toutefois, les parties touchées par le caustique étaient à peine douloureuses, il n'y avait ni fièvre, ni douleur d'estomac, ni perte d'appétit; en un mot, toutes les fonctions étaient dans l'état le plus normal.

Cette fois, madame *** ne parla point immédiatement après la cautérisation.

Quarante-huit heures après, elle déjeuna avec des huîtres et du pain, sans éprouver autre chose qu'un peu d'embarras dans la déglutition. Sa voix n'était pas revenue; cependant, elle avait produit quelques sons étouffés après de grands efforts; la toux était devenue plus fréquente, et l'expectoration plus abondante.

Je prescrivis un gargarisme fait avec une décoction saturée d'alun, et une assez grande quantité de vinaigre; la malade dut s'en servir huit ou dix fois par jour.

Douze jours s'écoulèrent ainsi pendant lesquels madame *** continua de tousser avec opiniâtreté et de cracher abondamment; de temps en temps, lorsque la toux lui donnait un peu de relâche, elle articulait quelques mots d'une voie fort enrouée. Enfin, treize jours après la seconde cautérisation, étant à souper avec son mari et sa fille de boutique, elle parla quelques minutes de suite, et, depuis lors, l'aphonie ne reparut plus.

La voix, d'abord enrouée et glapissante, est devenue de plus en plus nette; cependant, si la malade marche long-temps à pied, parle trop ou s'expose à un froid trop vif, sa voix s'enroue davantage, mais ne s'éteint plus. En somme, le timbre de la voix est toujours fort altéré; mais il est ce qu'il était depuis quelques années.

Dans les deux observations qui vont suivre, la maladie a suivi une autre marche et ne s'est pas accompagnée des mêmes symptômes.

4e *Observation.* — Aphonie venue graduellement dans le cours d'une inflammation chronique du larynx. Cautérisations de la gorge. Guérison après un mois de traitement. — Une jeune femme de vingt-un ans, d'un tempérament sanguin, entra à la maison royale de santé du faubourg Saint-Denis, pour y être traitée d'une aphonie chronique qui durait depuis plusieurs mois. Elle fut placée dans le service de M. le professeur Duméril qui me fit appeler pour lui donner des soins.

Elle offrait l'apparence de la plus belle santé. Depuis dix-huit mois qu'elle était mariée, elle n'avait jamais éprouvé d'autre incommodité que celle pour laquelle elle venait réclamer les secours de la médecine. Il y a un an qu'elle avait ressenti dans le larynx, une douleur qui augmentait notablement toutes les fois qu'elle parlait long-temps à haute voix. Sa voix s'enrouait aisément et devenait de plus en plus grave. Après quatre mois de maladie, la région du larynx devint gonflée et douloureuse et de temps en temps, surtout le soir, la voix se perdait complétement. Le mal empira, et six semaines avant son entrée à l'hôpital, la jeune malade avait entièrement perdu la voix.

Cependant il n'y avait que peu de toux; et aucun signe extérieur, aucun symptôme général n'indiquait une lésion tuberculeuse pulmonaire. Le son était égal sous les deux clavicules, le bruit expiratoire faible, le bruit inspiratoire large et sans mélange de râle muqueux. Jamais d'hémoptysie, pas de disposition à la diarrhée, pas de fièvre, pas d'amaigrissement.

Je pensai donc qu'il existait une phlegmasie chronique de la membrane muqueuse du larynx; et comme il y avait encore beaucoup de douleur, j'eusse certainement appliqué localement des sangsues et usé des émolliens, si déjà ces moyens n'avaient été infructueusement mis en usage.

Je crus donc devoir recourir immédiatement à la cautérisation de la gorge et de la partie supérieure du larynx, que je pratiquai avec une solution saturée de nitrate d'argent et suivant la méthode indiquée plus haut.

Il s'ensuivit immédiatement des vomissemens, et, pendant deux jours, la déglutition fut plus difficile. Mais après soixante-douze heures, la voix était devenue un peu plus sonore. Elle était encore fort enrouée; mais enfin, on pouvant aisément l'entendre à dix pas de distance.

Je prescrivis cependant des gargarismes avec une solution saturée d'alun dans de l'eau, et

des frictions sur la partie antérieure du col avec de l'extrait alcoolique de datura stramonium. Cependant, comme le timbre de la voix ne s'améliorait pas d'une manière assez notable, je fis une nouvelle cautérisation quinze jours après la première. Cette fois l'amendement fut très sensible; et, un mois après le commencement du traitement, la voix était revenue, mais la malade ne pouvait parler long-temps à haute voix sans douleur et sans enrouement. Ce fut inutilement que, pour combattre cette douleur, je fis continuer les frictions sur le col avec de la belladone, appliquer de petits vésicatoires ammoniacaux, que je recouvris de sels de morphine. Je pensai alors que la tenacité des symptômes inflammatoires reconnaissait pour cause principale une affection syphilitique constitutionnelle, que les antécédens de la malade ne rendaient pas très impossible; je commençai donc le traitement mercuriel; et sous l'influence de cette médication nouvelle, il y eut, en effet, un peu de soulagement.

En définitive, il reste toujours, chez cette jeune femme, de la douleur dans la région du larynx, une fâcheuse disposition à s'enrouer sous l'influence de la moindre cause; mais l'aphonie est guérie.

Ici, il existait une phlegmasie évidente de la membrane muqueuse du larynx. Cette inflammation était-elle entretenue par une ulcération tuberculeuse ou syphilitique, il était impossible de le constater, et rien ne prouve qu'il y eût autre chose qu'une simple fluxion analogue à celle qui existe si souvent sur la membrane muqueuse des fosses nasales; mais en comparant cette observation avec les trois que j'ai publiées au commencement de ce mémoire, on aperçoit de prime abord de notables différences.

Chez la jeune fille qui fait le sujet de la première observation, aphonie subite succédant à une suppression subite de règle : guérison après une seule cautérisation, et le quatrième jour du traitement. Remarquons qu'il n'existe aucune douleur dans la région du larynx, lieu qui annonce une phlegmasie grave.

Dans le deuxième cas, aphonie subite venant dans le cours d'un catarrhe aigu; il n'existe non plus aucun signe d'inflammation du larynx. Une seule cautérisation suffit. Le traitement dure trois jours.

Dans le troisième cas, l'aphonie vient lentement à la suite de nombreux catarrhes chroniques et chez une femme que sa profession oblige à parler continuellement haut et en plein air. Il n'y a, il est vrai, aucune douleur du larynx; mais la coïncidence d'une phlegmasie bronchique permet de croire qu'il en existe une semblable sur les cordes vocales. Deux cautérisations sont nécessaires, la guérison ne s'obtient qu'après trois semaines de traitement.

Mais chez la jeune femme qui fait le sujet de la quatrième observation, il existe une phlegmasie grave et évidente; deux cautérisations guérissent, il est vrai, l'aphonie; mais il reste toujours de l'inflammation et partant une disposition fâcheuse à une rechute.

Il semblerait, d'après cela, que la facilité de la guérison serait toujours en raison directe de la superficialité de l'inflammation (si je puis me servir de cette expression), et que le pronostic devrait toujours être favorable lorsque l'on n'a pas lieu de soupçonner de gonflement notable de la glotte et des ulcérations. L'observation suivante fera voir combien sont trompeurs ces élémens de pronostic.

M. X. me fut adressé par un confrère de province. Depuis deux ans ce malade qui est obligé de parler souvent haut et dans un espace fort grand, a vu d'abord sa voix se voiler de temps en temps; bientôt l'enrouement est devenu continu; peu à peu le timbre est devenu plus grave et moins sonore; enfin, il y avait deux mois que la voix était totalement perdue, quand je vis le malade à Paris. M. X. ne pouvait produire aucun son, même quand il faisait de très grands efforts. Nulle douleur, pas de gonflement dans la région du larynx; pas de toux. Jamais de catarrhes ni d'hémoptysies. L'auscultation et la percussion pratiquées avec le plus grand soin ne permettent de constater aucune espèce de modification organique dans le tissu pulmonaire. Le malade semblait jouir d'ailleurs de la plénitude de sa santé; toutes les fonctions, excepté celles du larynx, s'exécutaient parfaitement. Il est inutile de dire que le traitement antiphlogistique et révulsif, que le régime doux et débilitant avaient été conseillés et suivis sans avantage. Je crus donc devoir recourir immédiatement à la cautérisation. J'en fis une tous les jours pendant une semaine, puis trois par semaine pendant quinze jours; puis deux par semaine pendant une seconde quinzaine; puis une seulement tous les huit jours pendant un mois. Il ne s'ensuivit ni douleur, ni inflammation. Pendant huit jours, il n'y eut aucune amélioration; ce temps écoulé, il se produisit quelques sons fort enroués; après un mois, la voix était timbrée, mais toujours fort enrouée; enfin au bout de deux mois et demi, le malade parlait avec une voix voilée; mais enfin il parlait de manière à se faire fort bien entendre dans un vaste salon, et au milieu d'un groupe de personnes conversant ensemble à haute voix.

J'ai encore actuellement aux néothermes un malade qui m'a été adressé d'Auxerre par M. le docteur Paradis, et qui se trouve exactement dans le même cas.

Il semblerait *à priori* que, puisque l'on guérit assez facilement l'aphonie complète, il serait beaucoup plus facile de remédier à l'altération simple du timbre de la voix caractérisée par l'impossibilité de produire certains sons, tandis que d'autres plus graves sortent aisément; mais l'expérience m'a démontré que l'aphonie était en effet plus facilement et plus sûrement combattue que l'inégalité de la voix, ou que l'aphonie partielle (si je puis ainsi dire). En voici deux exemples remarquables.

5e *Observation.* — Un prêtre, du diocèse de Bourges, vint à Paris pour se faire traiter d'une maladie des organes de la voix qui durait depuis neuf ans. Il se confia aux soins de M. le professeur Andral. Ce malade s'était aperçu d'abord qu'après des exercices de plain-chant long-temps prolongés, il avait perdu quelques unes des notes les plus hautes, et que sa voix s'était légèrement enrouée. L'enrouement augmenta insensiblement, finit par devenir tel que la voix parlée était *presque éteinte*, je dis à dessein *presque*

éteinte, car c'était plutôt un enrouement extrême qu'une aphonie réelle. Toutefois il pouvait encore prêcher à haute voix, entonner et chanter la *préface* et le *pater* de manière à se faire entendre dans une assez grande église; mais il fallait faire des efforts extrêmement fatigans.

L'exploration la plus attentive ne permit de reconnaître aucune altération organique des poumons; le larynx n'était ni gonflé, ni douloureux. M. Andral le traita pendant plusieurs mois sans succès, et espérant peut-être quelque chose de ma médication, il me l'adressa dans les derniers jours du mois d'août 1834. Je le cautérisai avec une solution saturée de nitrate d'argent à peu près vingt fois dans le cours du mois de septembre. Ces cautérisations répétées ne causèrent ni douleur, ni gonflement, ni la moindre érosion de la membrane muqueuse. En même temps j'ordonnai de fréquens gargarismes avec une solution saturée d'alun dans de l'eau. J'obtins, il est vrai, un peu d'amendement, mais il était à peine sensible.

6e *Observation.*—Les mêmes moyens ne furent pas suivis d'un meilleur résultat chez un vieillard de soixante-cinq ans, qui, depuis trois ans, à la suite de catarrhes chroniques, avait pris une inégalité chevrotante de la voix, et qui vint, en 1831, réclamer mes soins. Ce malade était maigre, toussait depuis long-temps, et avait les apparences d'un vieux phthisique, bien que le stéthoscope et la percussion ne permissent pas de constater positivement la présence des cavernes ou des tubercules crus. Il avait d'ailleurs un fils unique, tuberculeux, et cette dernière circonstance me faisait croire qu'il existait dans le larynx quelque ulcération de mauvais caractère. Cependant j'essayai de le guérir, et j'employai entre autres moyens la cautérisation qui fut répétée près de dix fois. Ce fut toujours sans avantage et sans inconvéniens.

Ce que je viens de dire fait assez pressentir ce que je pense des aphonies qui surviennent si souvent chez les tuberculeux. Les belles recherches de M. Louis ont assez démontré qu'elles étaient aussi essentiellement incurables que la maladie pulmonaire qui leur donne naissance. Deux fois, à la sollicitation des malades eux-mêmes et de quelques confrères, j'ai cautérisé à plusieurs reprises le larynx et la gorge de deux phthisiques atteints d'aphonie symptomatique, et si je n'ai pas aggravé leur état, au moins ne les ai-je jamais soulagés.

A. Trousseau,
Médecin des hôpitaux; agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Observation d'une présentation de la face, au détroit supérieur, pour laquelle on a pratiqué l'opération césarienne; par le docteur Halma-Grand.

Le mardi, 15 octobre, à deux heures, je fus appelé chez madame P. pour un accouchement qui se présenta avec les circonstances suivantes: cette dame avait éprouvé les premières douleurs, le samedi, 12 octobre, au soir. Elle avait fait demander une sage-femme, qui, reconnaissant que l'accouchement offrirait des difficultés dans sa terminaison, voulut s'entourer des conseils d'un médecin. Elle fit, à cet effet, appeler, le lundi, M. le docteur Moulin, qui resta auprès de la malade les deux jours suivans. Le mardi, 15 octobre, M. Moulin s'apercevant que l'accouchement restait au point où il l'avait trouvé, envoya chercher le docteur Bintot qui, lui-même appréciant de suite l'état fâcheux de cette dame, fit demander M. le professeur Maygrier. Il était absent, et alors je me rendis auprès de la malade. M. Moulin me rapporta qu'étant depuis le lundi, 13 octobre, auprès de la malade, il avait reconnu une présentation de la face en première position; et que, fatigué d'inutiles tentatives, il avait eu recours à l'application du forceps, sans obtenir de plus heureux résultats. La malade de l'âge de 27 à 30 ans; était d'un tempérament lymphatique, quoique d'ailleurs forte et bien développée. Ayant pratiqué le toucher, je reconnus à ses signes caractéristiques la présentation de la face, au détroit supérieur en première position. La face s'alongeait fortement à travers le détroit, pressée qu'était la tête par les contractions énergiques de la matrice. Le vertex répondait à la partie inférieure de la fosse iliaque gauche. Le cou et les pieds étaient dirigés vers la fosse iliaque droite; le côté latéral droit vers la symphyse pubienne, et le côté gauche vers la symphyse sacro-vertébrale.

La première idée à laquelle je m'arrêtai, fut d'aller chercher les pieds. J'introduisis à cet effet, la main gauche, assez profondément pour embrasser la totalité du côté gauche de la tête. Mais il me semblait que cette main introduite en supination, parcourait une *surface lisse dont je ne me rendis pas compte dans le moment.* Dans cette manœuvre pénible, je ne pus atteindre les pieds, bien que je crusse sentir les orteils sans les attirer. L'action de ma main était d'ailleurs gênée par la saillie sacro-vertébrale, qui me parut plus développée qu'elle ne l'est ordinairement. Les médecins qui m'avaient précédé, avaient fait la même remarque.

Cette manœuvre ayant été pratiquée sans succès, je résolus aussitôt d'appliquer le forceps. Je saisis la branche femelle, que je cherchai à introduire la première, entre la région auriculaire droite, et la symphyse pubienne. Je n'y pus parvenir, et voici pourquoi: la symphyse sacro-vertébrale était plus saillante que dans l'état normal, la face se trouvait refoulée en avant, de manière à être posée et arc-boutée sur le corps du pubis, de telle sorte qu'il me fut impossible de placer la branche femelle. Je résolus d'appliquer l'instrument d'une manière différente J'introduisis la branche mâle la première, entre le plan incliné latéral gauche et le vertex de l'enfant; et la branche femelle, à droite de la femme, entre la partie la plus déclive de la face, et le plan latéral droit. Mais ce fut en vain: la tête ne bougea en aucun sens, et malgré les tractions, elle persista dans la situation qu'elle avait affectée dans la filière du bassin; je fus donc, cette fois encore, obligé de renoncer à l'application du forceps. D'ailleurs, MM. Moulin et Bintot avaient déjà cherché, mais sans résultat, à dégager la tête par l'application de cet instrument.

Désespéré de voir ainsi échouer toutes les ressources de l'art, je proposai la céphatolomie comme seul moyen qui fût encore à notre disposition. Mon projet ayant été admis, je l'exécutai de la manière suivante :

D'après la position de la face, la tête étant fortement fléchie sur le plan postérieur, la fontanelle frontale se trouvait libre et accessible au doigt. Je pensai que c'était sur cet intervalle membraneux que je devais pratiquer la céphalotomie. J'introduisis donc mon doigt indicateur gauche pour en placer l'extrémité sur cette fontanelle, et servir de guide au perforateur que j'employais (c'étaient les ciseaux de Smellie). Je les dirigeai avec la main droite, le long de l'indicateur gauche. Je fis parvenir ce perforateur perpendiculairement à la fontanelle que je ponctionnai. J'écartai les branches des ciseaux, et par des mouvemens de rotation, je broyai la substance encéphalique. Je retirai l'instrument; puis avec le doigt indicateur droit, j'allai écarter les portions du frontal, et les deux pariétaux, afin d'augmenter l'ouverture et faciliter ainsi la sortie de la substance encéphalique. Je devais espérer que, par cette opération, le volume du crâne diminuerait, et par l'issue de la matière encéphalique, et par la pression exercée sur la tête par l'utérus, et qu'alors je pourrais aller plus facilement à la recherche des pieds. Mais après quelque temps d'attente, le toucher nous indiqua que la tête restait immobile, et qu'il convenait d'appliquer les crochets. Je ne voulus point cependant prendre sur ma responsabilité une opération, dans laquelle on court tant de risques de déchirer les parties génitales, dont la sensibilité devenait ici de plus en plus vive. D'ailleurs, l'embryotomie est une opération longue et pénible, que la fatigue que j'éprouvais déjà ne me permettait pas d'entreprendre. Aussi envoyâmes-nous chercher M. le professeur Maygrier, pour obtenir de son expérience toutes les ressources que réclamait l'urgence du moment.

M. Maygrier étant arrivé, pratiqua le toucher, puis cherchant à ramener les pieds, et plongeant la main profondément, il nous annonça que l'utérus était perforé, que sa main arrivait dans la cavité abdominale, qu'elle y touchait les intestins, et que portée en supination, la face palmaire parcourait la surface postérieure latérale gauche de la matrice. Cela devait-il m'éclairer sur cette surface lisse et polie que j'avais déjà perçue, sans la reconnaître? Et cependant il n'y avait point eu d'hémorrhagie, aucune anse intestinale ne s'était engagée à travers l'orifice. Ces circonstances auraient pu se développer, si la rupture avait eu lieu, ce qui nous laisse encore dans le doute sur ce point.

Ne pouvant entraîner les pieds, M. Maygrier chercha à appliquer le forceps. Il plaça d'abord la branche mâle du côté gauche, de telle sorte que la concavité de la cuillère se mît en rapport avec le vertex; la branche femelle fut placée sur le menton, le cou et la partie supérieure du thorax; les branches une fois articulées et serrées par un lacs de fil, il pratiqua des tractions vigoureuses, qui semblaient indiquer que la tête descendait; mais au même instant, le forceps lâcha la tête, ou plutôt celle-ci échappa à l'action de l'instrument qui sortit vide, et sans rien entraîner au dehors.

Une nouvelle application du forceps n'amena point de résultat plus avantageux.

On conçoit que la femme devait être épuisée par des souffrances qui la torturaient depuis si long-temps. Aussi M. Maygrier fut-il d'avis de ne procéder à l'application ni du crochet, ni du forceps-crochet; c'était suivant lui, une opération trop longue pour pouvoir être entreprise au moment même, et sur des parties dont la sensibilité et le gonflement devaient indubitablement en rendre l'exécution longue, difficile et incertaine. Dans cet état fâcheux, il proposa l'opération césarienne, comme seul moyen de soustraire la malade à une mort qui paraissait certaine; mais son avis ne fut point adopté par la majorité. On fit replacer la femme dans son lit; jusqu'au moment où on lui aurait préparé un bain, remettant d'ailleurs jusqu'au soir, la recherche des moyens extrêmes que nous pouvions encore employer.

A huit heures et demie du soir, nous nous trouvâmes réunis avec MM. Deneux et Velpeau qui avaient été appelés. La femme se trouvait dans un état d'affaissement qu'expliquaient les souffrances auxquelles elle avait été en proie; les yeux ternes et languissans; le visage décoloré, et couvert d'une sueur froide; le pouls très faible et parfois intermittent. La sensibilité du ventre avait beaucoup augmenté, au point même de rendre insupportable et douloureuse à la malade, la pesanteur des draps du lit En outre, l'abdomen était ballonné, et comme météorisé, surtout du côté gauche. Le toucher indiquait que la tête était à la hauteur où on l'avait laissée, et le fœtus pelotonné, toujours dans le même sens, c'est-à-dire, vers le côté droit de la cavité utérine.

Après cette exploration de la femme, nous dûmes nous demander quelles étaient les ressources que nous laissait en pareille circonstance, l'art ou la nature?... Chacun de nous exposa son opinion. L'avis de M. le docteur Bintot fut qu'on laissât la femme dans l'état où elle se trouvait; l'opération césarienne étant la seule praticable; mais l'état de la femme donnant la presque certitude qu'elle périrait, sinon pendant, du moins immédiatement après l'opération. Je partageai entièrement cet avis, qui fut celui de MM. Velpeau et Moulin, quoique ce dernier éprouvât un vif sentiment de peine, en voyant succomber une femme avec son produit dans le sein. MM. Maygrier et Deneux vinrent corroborer notre détermination du poids de leurs avis. Nous avions tous la triste certitude que la malade succomberait dans la nuit, et nous nous retirâmes, n'ordonnant que ces moyens palliatifs ou plutôt illusoires qui inspirent quelque espérance aux malades et aux assistans, mais qui laissent dans l'esprit du médecin qui les prescrit, la pénible conviction de l'impuissance trop fréquente de son art.

Le lendemain cependant, la femme vivait encore, et nous fûmes appelés à une nouvelle consultation, qui se fit vers une heure. M. Velpeau ouvrit de nouveau l'avis de pratiquer la gastro-hystérotomie; ce conseil fut rejeté par MM. Maygrier et Bintot. En effet, la femme était dans un état d'affaissement, plus considé-

rable que la veille. Le pouls était petit, à peine perceptible, la face décolorée, le ventre fortement ballonné : elle n'avait évidemment que quelques heures à vivre, et l'opération césarienne ne pouvait en cette circonstance que procurer l'extraction d'un enfant mort, et hâter la fin de la mère elle-même. Cette conclusion ayant été rapportée au mari, celui-ci en fut comme atteré : puisque ma femme doit mourir, dit-il, au moins que pour ma consolation on ait recours à la dernière chance que lui offre la chirurgie? Cet homme avait cette espérance que l'opération pourrait sauver sa femme ; et si les médecins se fussent refusés à la pratiquer, ils n'auraient été à ses yeux que des hommes cruels et barbares. Aussi M. Maygrier, lui dit-il, qu'il consentait à l'opération, non que ce fût pour lui une chance de salut ; mais une preuve d'un dévouement personnel, puisqu'il sacrifiait les intérêts de l'art à la nécessité de ne point lui refuser un secours qu'il regardait comme capable de sauver sa femme, l'opération fut dès-lors décidée, et la femme s'y soumit avec un courage qui ne démentit point celui qu'elle avait montré pendant tout le temps du travail.

L'appareil convenable ayant été préparé, la femme couchée en supination fut rapprochée du bord de son lit, qui correspondait à sa droite. J'ai dit plus haut que la matrice était surtout développée vers son côté droit. Aussi M. Moulin fut-il chargé de déprimer le ventre de gauche à droite avec une large éponge entourée d'une serviette ; manœuvre destinée à rendre plus parfait le contact de la matrice avec la surface postérieure des muscles abdominaux. M. Velpeau se plaça au côté droit de la malade, puis explora la portion droite du ventre, pour s'assurer qu'aucun organe n'était interposé entre l'utérus et les muscles abdominaux, et reconnaître la situation de l'artère épigastrique : puis avec un bistouri convexe, il incisa la peau dans une direction oblique en bas et en avant, sur le côté droit, dans une étendue de quatre pouces en dehors des muscles droits, et se terminant à deux pouces et demi au dessus du ligament de Poupart. Le tissu cellulaire fut incisé, puis l'aponévrose de l'oblique externe, puis l'épaisseur du petit oblique et du transverse. Au moment où l'incision parvint dans l'abdomen, une sorte d'explosion se fit entendre. Elle était due à la sortie des gaz qui s'étaient développés dans cette cavité. La matrice fut ensuite incisée couche par couche, jusqu'à son plan profond, et enfin on parvint dans sa cavité. La première partie qui se présenta fut une portion des membranes putréfiées, puis le cordon, puis les pieds qui furent dégagées, ensuite le tronc, les membres thoraciques ; ensuite la tête qui ne le fut entièrement que par des tractions assez fortes, que je fus obligé de pratiquer sur elle : enfin, le placenta fut extrait. Le ventre s'affaissa aussitôt. On fit deux injections d'eau tiède dans la matrice ; et on rapprocha les lèvres de la plaie par des éponges entourées de linges et placées sur les côtés, plus de la charpie qui la recouvrait et un bandage de corps.

La femme qui avait souffert avec résignation et sans donner des signes de douleur, parut considérablement affaiblie ; elle fut saisie d'une sorte de hoquet qui se transforma en une suffocation qui nous annonça une fin prochaine. En effet, une heure après l'opération elle succomba.

L'enfant que nous avions retiré était très volumineux ; plusieurs parties de son corps étaient emphysémateuses ; le cordon et le placenta participaient de cet état : la face était fortement allongée ; la tête volumineuse et le crâne perforé au centre de la fontanelle antérieure était vide et fortement renversé en arrière : configuration qu'on s'explique très bien, en pensant qu'à mesure que la face s'engageait davantage dans le bassin, le front et par suite la totalité du crâne étaient refoulés en arrière.

Nous aurions désiré faire l'autopsie de la femme ; mais elle fut enterrée si précipitamment, qu'elle nous échappa, bien que nous en eussions manifesté notre intention aux personnes de la maison.

CONCLUSIONS.

Nous arrivons actuellement à nous demander si la terminaison funeste dont je viens de tracer le tableau, peut être rapportée, soit au vice de conformation du détroit supérieur, soit à la position défectueuse du fœtus ?.... D'abord on ne peut nier qu'il n'y eut diminution du diamètre sacro-pubien, par le développement de la symphyse sacro-vertébrale. Nous avons tous été convaincus de ce fait par le toucher, et de plus, de son vivant, Madame P... était remarquable par la cambrure de ses reins, dans la dépression desquels on pouvait placer en totalité, et en travers, ces espèces de coussins à forme cylindrique, qu'on voit sur les canapés.

Mais ce vice de conformation du bassin ne pouvait pas arrêter la tête au détroit supérieur ; puisque cette dame était déjà parfaitement accouchée d'un premier enfant, qui vit encore. Nous ne pouvons donc pas regarder la diminution du diamètre antéro-postérieur comme la cause des accidens fâcheux qui sont survenus, puisque si la tête s'était convenablement présentée, elle aurait traversé la filière du bassin, comme cela avait eu lieu dans un premier accouchement.

Or, c'est dans la position défectueuse de la tête que nous devons rechercher la source de tous les accidens qui vinrent nous assaillir. On peut d'ailleurs expliquer facilement le mécanisme par lequel la présentation de la face s'est opérée.

On conçoit bien que d'une part, l'obliquité droite de la matrice, devait refouler la tête vers la partie la plus déclive de la fosse iliaque gauche, et que cette extrémité céphalique poussée en avant par la saillie sacro-vertébrale devait reposer quelque peu sur la symphyse pubienne : or, ces deux obstacles étaient suffisans pour s'opposer à ce que la tête se fléchît sur le thorax, pour plonger, la première, l'extrémité occipitale de son ovoïde, sous l'influence des contractions utérines. Loin de là, la tête (par les résistances qu'elle rencontrait, soit dans le pubis, soit dans la portion la plus déclive de la fosse iliaque gauche, et de plus, par la direction oblique, en bas et à gauche, que lui communiquait l'axe dévié de la matrice),

devait être fléchie sur les épaules, et par suite, la face devait s'engager dans le détroit supérieur.

Maintenant que nous avons analysé les causes qui ont pu déterminer la présentation que nous avons signalée, s'offre une question de la plus haute importance. Fallait-il laisser engager la face, dans l'espérance que cette présentation ne serait pas un obstacle à la terminaison naturelle de l'accouchement; ou bien, fallait-il chercher à ramener le vertex au centre du détroit; ou bien encore, était-il préférable d'aller chercher les pieds, ou enfin d'appliquer le forceps?... car tels sont les différens modes d'agir qui ont été conseillés par les praticiens au sujet d'une semblable présentation.

Examinons d'abord si la présentation de la face n'est pas un obstacle à la terminaison de l'accouchement. En parlant des positions déviées de la tête, M. Velpeau avance, quant aux positions de la face, qu'elles n'empêchent pas, en général, l'accouchement de se terminer sans secours. Smellie, Delamotte, citent des terminaisons spontanées dans ces présentations. Madame Lachapelle dit que sur soixante-douze cas de ce genre, quarante-deux s'étaient terminés spontanément; Boër, Désormeaux sont de cette opinion : et cependant, Stein, Baudelocque, MM. Gardien, Maygrier et Capuron notamment, repoussent loin d'eux cette opinion trop facilement admise, et qui consiste à croire que dans cette présentation l'accouchement est possible. Pour mon compte, je conçois bien que des fœtus ont pu être expulsés naturellement dans cette présentation, chez des femmes bien conformées, ou chez d'autres, dont le bassin était plus vaste, ou qui portaient dans leur sein des fœtus peu développés. Mais s'il y a rétrécissement et que vous admettiez que la présentation est naturelle, votre sécurité peut alors entraîner les plus graves accidens. Et en effet, pour qu'un accouchement se termine dans une pareille présentation, il faut supposer que la face s'engage d'une manière parfaitement perpendiculaire, au plan du détroit supérieur; mais s'il en est autrement, si elle va s'appuyer sur un des points de la circonférence du détroit supérieur, phénomène, qui, nous le savons, reconnaît plusieurs causes fréquentes, alors qu'arrivera-t-il? — Il arrivera que la tête, quelles que soient les contractions de la matrice, ne s'engagera point à travers le détroit abdominal: et alors l'impossibilité de la terminaison de l'accouchement, sera en raison directe de l'étendue dans laquelle les épaules seront plongées dans le bassin.

Or, d'après ces considérations (bien que je ne nie pas cependant que dans la présentation de la face l'accouchement ne puisse se terminer d'après les lois ordinaires), toutes les fois que j'aurai affaire à une présentation de ce genre, je chercherai à ne pas laisser le fœtus persister dans cette présentation.

Pour remplir ce but, deux moyens se présent et chacun les connaît; ils consistent : ou bien à ramener le vertex au centre du bassin, ou à aller chercher les pieds. Mais on conçoit que ces deux manœuvres ne sont exécutables qu'immédiatement, ou peu de temps après la rupture de la poche des eaux, surtout si l'on cherche à ramener le vertex au centre du bassin. En effet, si la matrice est fortement appliquée sur le produit, et que celui-ci soit déjà engagé à travers le bassin, les tentatives que l'on fera seront inutiles.

M. Gardien dit que l'on peut ramener le vertex au centre du détroit, immédiatement après la rupture de la poche des eaux. M. Moulin, ne pouvant atteindre les pieds, le tenta, mais sans pouvoir réussir.

Pour moi, je pense, et c'est ici une opinion personnelle que j'émets, et non pas une critique de la conduite des autres, je pense que, si au lieu de se livrer à ces tentatives, dont le résultat a été si fâcheux, on eût été chercher les pieds de suite, immédiatement après la rupture de la poche, peut-être les aurait-on saisis et amenés sans que la face devînt un obstacle à l'accouchement. En effet, pendant le temps que l'on perd à vouloir ramener le vertex au centre du détroit, la face s'engage de plus en plus, et bientôt enclouée dans le bassin, elle devient une sorte de masse inerte et immobile dont l'étendue augmente par l'engorgement simultané des épaules et la tuméfaction des parties contenantes et contenues. Dans cette circonstance, l'accoucheur n'a aucune ressource, ni la recherche des pieds qui devient impraticable, ni même le forceps qui peut échouer. — Or, voici ce que j'enseigne constamment : Si vous avez affaire à une présentation franche de la face, il faut de suite aller chercher les pieds, immédiatement après la rupture de la poche des eaux, et cela avec la main, qui par sa surface palmaire correspond au plan antérieur du fœtus. Ce précepte est le fruit d'une conviction qui résulte pour moi d'une longue étude, et d'une observation constante. Si cette maxime devait être défendue, elle trouverait un appui dans les détails succincts que je vais rapporter.

La personne même qui fait le sujet de cette observation, était enceinte il y a deux ans : elle accoucha chez une sage-femme. L'enfant se présenta par la face. M. Moulin, qui arriva assez à temps, alla immédiatement après la rupture de la poche des eaux, chercher les pieds; il les ramena et fit l'extraction du fœtus. La tête fut arrêtée au détroit supérieur. Il appliqua le forceps, et la femme fut sauvée.

Cette courte narration fait prévoir, ce me semble, même d'après les lois de la plus sévère induction, que si, dans le second accouchement, on avait été appelé à temps pour procéder comme dans le premier, on aurait pu obtenir les mêmes résultats avantageux. Cette conclusion ne ressort-elle pas d'ailleurs de tous les faits divers que nous venons de décrire, et qui sont marqués du sceau de la plus exacte vérité?

HALMA-GRAND.

EMPLOI SIMULTANÉ DE LA SAIGNÉE ET DU TARTRE STIBIÉ DANS LES PNEUMONIES.

Malgré l'excellence de certaines méthodes thérapeutiques, malgré les progrès toujours croissans des sciences médicales, et en vertu de ces mêmes progrès, il est depuis long-temps reconnu que des agens médicinaux qui, par leur

manière d'agir sur l'organisme, semblaient devoir être bannis du traitement de certaines maladies, peuvent, dans ces mêmes maladies, et dans des circonstances particulières, être employés avec plein succès. Le tartre stibié est dans ce cas; et, quoique des médecins d'un mérite peu ordinaire aient beaucoup dit sur l'emploi de ce médicament dans les maladies des poumons, des observations recueillies dans le midi de la France, où ces maladies sont assez fréquentes, pourraient avoir quelque intérêt, et engager les praticiens à y avoir recours dans de pareilles occurrences.

J'ai été enhardi, dans l'administration de ce moyen curatif, par les observations qu'a publiées, en 1832, M. Bricheteau, dans le numéro d'octobre des Archives générales de médecine, et surtout par les succès qu'il en a obtenus dans les inflammations thoraciques. C'est pour faire connaître au public médical les cas qui, cette année, se sont présentés à mon observation, que j'ai recours à la voie de ce journal. Ils sont en petit nombre, il est vrai; mais ils sont assez concluans. J'ai, à l'exemple de M. Bricheteau, employé de prime abord les émissions sanguines, et ce n'a été que quand la résolution pulmonaire se faisait trop attendre que j'ai mis à contribution le tartre stibié; j'ai tenu compte, en outre, des affections concomitantes qui auraient pu en contre-indiquer l'emploi.

Ire *Observation.* — Désiré Cauvet, cultivateur, âgé de dix-neuf ans, sourd de l'oreille droite, bonne constitution, travaillant à la terre, le 31 décembre 1832 ressentit un frisson assez fort après une forte sueur produite par le travail. Il se crut enrhumé; mais, éprouvant une douleur dans le côté, il me fit appeler le 2 janvier 1833. J'observai les symptômes suivans : décubitus dorsal, peau chaude, figure colorée, surtout aux pommettes; céphalalgie, toux peu fréquente, humide, expulsant des crachats bronchiques, sanguinolens en totalité; douleur dans le côté droit en dehors du sein, augmentant par la respiration outrée; le décubitus sur le côté gauche; sonoréité naturelle à gauche, et à droite, dans le lobe supérieur, matité en bas du même côté droit; murmure respiratoire naturel à gauche; à droite et en bas, râle crépitant disséminé, absence du bruit respiratoire; râle muqueux en haut; brisement général; organes abdominaux libres; la pression du ventre fait augmenter la douleur thoracique; langue naturelle, peu d'altération, urines orangées; pouls du bras droit presque insensible; au bras gauche il est plein, dur, peu fréquent. Saignée de douze onces, tisane de coquelicot miellée, chaude, diète. Peu de soulagement; les crachats sont moins sanguinolens.

Le 3, diminution de la douleur, même toux, respiration nulle dans la partie malade; crachats rouillés, visqueux; inquiétude, pouls comme la veille. Vingt sangsues sur le côté, cataplasmes après leur chute; même prescription.

Le 4, point de céphalalgie; crachats rouillés, toux fréquente, matité, point de râle crépitant; respiration bronchique en haut, nulle en bas; pouls plein, moins fréquent, toujours presque insensible à droite. Quinze sangsues sur le côté droit; tisane d'orge gommée. Les sangsues coulent bien.

Le 5, plus de douleur; toux fréquente, crachats rouillés, matité et mêmes symptômes. Six grains tartre stibié dans six onces de solution de gomme bien édulcorée; tisane béchique. Le tartre stibié à prendre par cuillerées toutes les deux heures. Point de vomissemens, point de selles, quelques borborygmes.

Le 6, le malade se trouve mieux, moins de toux, crachats naturels, faciles; râle crépitant de retour, douleur nulle, sommeil tranquille. (Continuation du tartre émétique, un looch gommeux.)

Le 7, bien-être; peu de toux; un peu de râle sous-crépitant; crachats bronchiques; la respiration s'entend partout. (Bouillon, crême, tisane; on cesse le tartre stibié.)

Le 8, accroissement du bien-être; pouls tranquille, toujours très petit à droite; symptômes thoraciques nuls, guérison. (Bouillon, soupe légère.) Le malade se rétablit peu à peu et sans obstacle.

IIe *Observation.* — Louis Esmial, cultivateur, âgé de quarante-trois ans, tempérament nervoso-sanguin, fut pris, le 7 mai 1833, d'une douleur au côté, après avoir essuyé du chaud et du froid. Je vois le malade le 8; il me présente les symptômes suivans : décubitus dorsal, chaleur moite, air exprimant la souffrance, céphalalgie sus-orbitaire; douleur dans le côté droit, augmentant par la respiration, la percussion et le décubitus latéral droit; toux fréquente, douloureuse; crachats visqueux; l'auscultation permet d'entendre une respiration libre à gauche; matité et absence du bruit respiratoire à droite sur le lieu douloureux; un peu de râle crépitant gêné par l'engorgement pulmonaire; langue naturelle; abdomen libre, point douloureux; pouls plein, dur et fréquent. (Saignée du bras; tisane d'orge gommeuse, diète.) Le soir, légère amélioration; mais les crachats sont sanguinolens.

Le 9, pas de sommeil; peau chaude, fièvre, crachats sanguinolens, et mêmes signes cliniques. (Dix-huit sangsues *loco dolenti;* cataplasmes à leur chute, tisane *id.*)

Le 10, un peu de mieux; crachats rouillés; toux fréquente, crachement difficile; douleur presque nulle; râle crépitant mieux prononcé. (Douze sangsues, mêmes moyens.)

Le 11, mêmes symptômes; fièvre; quatre selles dans la nuit; douleur au côté. (Vésicatoire sur l'endroit douloureux, mêmes moyens.)

Le 12, crachats rouillés; calme le matin, anxiété le soir; toux plus forte; gêne dans le côté droit; respiration obscure; selles nombreuses. (Six grains tartre stibié dans six onces d'infusion de violette, avec addition d'une once sirop diacode pris par cuillerées toutes les deux heures.) Nausées, selles ordinaires.

Le 13, abattement, faiblesse, point de fièvre; sonoréité parfaite en avant, respiration libre en arrière; peu de râle crépitant; presque pas de toux; peau fraîche; désir de manger. (Lait de poule, crême, tisane.)

Le 14, bien-être; plus de douleur, plus de toux, crachats naturels; la diarrhée a cessé; plus de fièvre; respiration parfaite. (Bouillon et tisane.)

Le lendemain, 15, le malade veut des alimens. (Soupe, etc.)

IIIe *Observation.* — M. Désiré Bousquet, instituteur, âgé de cinquante et un ans, ayant servi pendant long-temps dans les armées, d'une constitution molle, lymphatique, portant des cicatrices au cou, santé débile, s'enrhumant très facilement, et étant sujet à de légères indigestions, travaillant, le 22 août 1833, à une muraille (c'était pour lui une distraction); il sua fortement, se changea de chemise; mais, forcé d'aller à l'église pour affaire, il y éprouva du frisson. Le lendemain, sa voix fut rauque, ses membres brisés; il croyait n'avoir qu'un simple rhume; mais il fut forcé de se mettre au lit, et me fit appeler le 24 août au soir. (Signes cliniques.) Le malade a la figure pâle, altérée; il y a raucité; peau chaude, mollasse; douleur à la partie latérale droite du thorax, augmentant par l'inspiration; matité sur le lieu douloureux; râle crépitant en bas et en arrière; un peu de respiration bronchique en haut; le côté gauche du thorax est libre; langue muqueuse, altération; il y a eu quelques vomissemens; urines orange foncée; abdomen dans l'état normal; toux peu fréquente; crachats bronchiques; pouls large, plein et fréquent. (Tisane de violette bien chaude, diète.)

Le 25, sueurs dans la nuit; du reste, même état. (Une saignée de seize onces, tisane de violette avec le sirop de gomme.) Le sang fut excessivement couenneux.

Le 26, le malade est fatigué; douleur thoracique, bronchophonie très prononcée; imperméabilité du lobe inférieur droit du poumon; crachats sanguinolens, matité, mycrophonie; pouls plein, dur et fréquent. (Saignée de douze onces, lavement simple, tisane béchique gommée.)

Le 27, le sang a été fort couenneux; mêmes symptômes que la veille; anxiété, abattement moral et physique. (Six grains tartre stibié dans huit onces infusion de tilleul, bien sucrée, à prendre par cuillerées toutes les deux heures, tisane béchique.)

Les deux premières cuillerées provoquent trois vomissemens bilieux; la tolérance s'établit; le malade ne met alors qu'une heure entre chaque cuillerée.

Le 28, peau fraîche, pouls naturel, soixante-dix pulsations, plus de douleur, bien peu de toux, crachats muqueux, expectoration facile, râle crépitant de retour, diminution de la bronchophonie, borborygmes, pas de selles, urines claires. (Le malade finit la potion stibiée, mais ne veut plus en prendre.) Crême matin et soir, bouillon aux herbes; un vésicatoire est appliqué sur la poitrine pour un peu de gêne qui y existe encore.

Les 29, 30 et 31, amélioration croissante, pesanteur abdominale, pas de selles. (Un minoratif est administré au malade; il procure cinq à six selles, dures, jaunâtres; il s'en trouve fatigué, mais le rétablissement complet a lieu et la guérison est parfaite.)

IVe *Observation.* — Le 28 octobre 1833, je fus appelé auprès de Joseph Monges, berger, âgé de cinquante-neuf ans, d'un tempérament mucoso-sanguin, demeurant à une campagne entourée de marécages, où il a eu plusieurs fois les fièvres intermittentes; il est atteint, depuis quelques années, d'un catarrhe bronchique qui le fait beaucoup tousser en hiver; il porte une hernie inguinale qui lui fait fréquemment éprouver des douleurs abdominales; sa maladie actuelle, causée, dit-il, par le chaud et le froid, à débuté, le 27, par une fièvre qui a duré jusqu'au lendemain au soir, jour de ma première visite, 28 octobre. Il est couché, ne se plaint d'aucune douleur locale; brisement général, peau fraîche, un peu de toux, langue naturelle, pouls à peu près naturel; la fièvre était à sa fin. (Tisane de guimauve et de violette, crême.) Le malade croit avoir les fièvres d'accès.

Le 29, mieux, fatigue musculaire; du reste, mêmes symptômes. (Même tisane, purée.)

Le 30, le malade est plus fatigué; il dit avoir eu la fièvre pendant la nuit, mais elle n'existe pas au moment de ma visite. (Mêmes moyens.)

Le 31, bien-être.

Le 1er novembre, je trouve le malade levé; il dit avoir expectoré deux fois des crachats rouillés, et toussé un peu; douleur nulle au thorax, pas de suffocation; le pouls donne quatre-vingts pulsations, mais il a déjeûné il y a peu de temps, et il a pris, sans mon ordre, une prise de sulfate de quinine, que lui a donnée un propriétaire du quartier, qui a la bonté d'en fournir à tous les fiévreux; il doit en prendre encore deux autres dans la journée; mais, comme je soupçonne quelque affection des poumons, je recommande à sa femme de m'envoyer chercher de suite, si elle voit le moindre accroissement dans les symptômes.

Le 2, on vient me chercher le matin. Le malade a été fatigué toute la nuit par la toux; les crachats sont visqueux, sanguinolens, très abondans; découragement, gêne dans les mouvemens d'inspiration; la poitrine résonne bien en avant à droite et à gauche; matité à droite en arrière et en bas, et à gauche en bas et en arrière aussi; le stéthoscope permet d'entendre une respiration bronchique en avant; en arrière, râle crépitant dans le lobe supérieur droit, et engouement pulmonaire dans les lobes inférieurs du même côté; à gauche, râle crépitant en bas, et râle muqueux en haut; pouls plein, dur et accéléré; les viscères gastro-intestinaux ne présentant rien d'anormal. (Saignée d'une livre; sang très couenneux. Tisane béchique, diète.)

Le 3, nuit moins mauvaise, peu de toux, pouls quatre-vingts pulsations, peau moins chaude, urines rougeâtres; du reste, mêmes symptômes thoraciques. (Saignée de douze onces (sang couenneux), même tisane.)

Le 4, toux fréquente dans la nuit, quelques crachats sanguinolens; douleur éprouvée en toussant dans tout le côté droit; décubitus sur ce même côté; suffocation, peau molle, pouls dépressible. (Six grains tartre stibié dans une potion pectorale, à prendre par cuillerées toutes les deux heures, et, s'il y a tolérance, on ne mettra qu'une heure d'intervalle, looch béchique.) Un seul vomissement, quatre selles dans la nuit, qui est bonne d'ailleurs.

Le 5, plus de fièvre, peau fraîche, crachats bronchiques, peu de toux, douleur nulle, affaissement; sueur dans la matinée; la résolution va doucement; la respiration est plus étendue.

(Six grains tartre stibié dans six onces de véhicule, à prendre par cuillerées toutes les heures. Bouillons maigres, tisane pectorale.) Ni selles, ni vomissemens.

Le 6, nuit très bonne, bien peu de toux, crachats filans, peu abondans; pouls naturel, soixante pulsations; grande faiblesse; il n'y a plus qu'un peu de râle crépitant de retour du côté droit. (Le malade finit la potion stibiée; bouillon et crême.)

Le 7, bien-être; il y a un point douloureux dans le côté droit, la respiration y est un peu obscure; du reste, tout est bien. (Un vésicatoire *loco dolenti*, bouillon, purée, etc.)

Les jours suivans, le malade ne sent plus rien, et il ne lui reste que son ancien catarrhe.

Ve *Observation.* — Joseph Cheillan, âgé de douze ans, ayant été souvent malade dans son enfance, fut atteint de la rougeole en septembre 1833, qui lui laissa une toux opiniâtre; on ne l'avait pas fait voir à des médecins. Au commencement de décembre, il eut l'imprudence, très commune à un jeune enfant, de se lever dans la nuit pour uriner dehors (il demeurait à la campagne, à une lieue du village); il éprouva en urinant un froid très prononcé, et le lendemain il se plaignit d'une douleur au côté et de suffocation. Je fus appelé le 8 décembre pour voir le malade; je le trouvai levé, venant de dîner. (Signes pathologiques) : face colorée, peau chaude, céphalalgie légère; douleur à la partie inférieure droite du thorax, s'étendant dans l'hypochondre, augmentant par la pression de la région hépatique; cette région est un peu soulevée, conjonctive jaunâtre dans les angles oculaires; langue ponctuée, humide; point de douleur dans la cavité abdominale; suffocation, orthopnée, râle muqueux que l'on entend sans appliquer l'oreille sur la poitrine; matité dans tout le côté droit du thorax; la respiration ne s'entend que dans la partie antérieure et supérieure droite; elle est parfaite à gauche; toux fréquente, crachats filans très abondans; pouls dur et fréquent. (Diète, tisane de violette miellée.)

Le 9, le malade est vu au lit; mêmes symptômes. (Douze sangsues sur le côté douloureux, cataplasme après leur chute, tisane comme la veille.)

Le 10, diminution dans les symptômes; la matité est la même; râle crépitant en bas, en avant et en arrière; râle muqueux en haut; crachats rouillés; pouls dur et fréquent; constipation. (Un lavement émollient, tisane pectorale gommeuse, diète, cataplasme sur la poitrine.)

Le 11, mêmes symptômes que la veille. (Une saignée de six onces, mêmes boissons.)

Le 12, légère amélioration; plus de sang dans les crachats, moins de toux; la matité et les râles persistent; la douleur se fait encore un peu sentir. (Mêmes moyens que la veille, excepté la saignée.)

Le 13, même état. (Quatre grains tartre stibié dans six onces d'émulsion simple, à prendre toutes les deux heures.)

Le 14, il y a eu deux vomissemens et trois selles, et tolérance après les premières cuillerées. Le petit malade a été très fatigué, a eu des évanouissemens; il a fini la potion émétisée; la peau est fraîche, pas de suffocation, peu de toux; le pouls est naturel, quelques crachats muqueux, douleur nulle, figure pâle, langue naturelle. plus de râle. Le malade a faim; il demande à manger, et ne veut plus de l'émulsion stibiée. (Tisane pectorale, bouillons, crême.)

Le 15, même état de bien-être; appétit très prononcé, un peu de toux. (Vésicatoire au bras, bouillons, purée de lentilles.)

Le 16, le mieux augmente; toux nulle; (Soupe, alimens légers.) Les jours suivans, le malade est bien.

Remarques sur les cinq observations précédentes, et sur l'emploi du tartre stibié.

Dans la première observation, j'ai mentionné la surdité qui existait à l'oreille droite du malade, pour faire observer la coïncidence de cette surdité avec la petitesse du pouls du bras droit : par là, la cause de la surdité pourrait être moins obscure.

On voit, par les observations précédentes, que ce n'a été qu'après que les émissions sanguines n'amenaient pas une prompte résolution, que j'ai administré le tartre stibié. Ce moyen énergique devant être donné avec prudence. je n'ai point eu le courage d'imiter Rasori et de commencer par de fortes doses. D'ailleurs, je pense que ce n'est point comme révulsif ou comme évacuant qu'agit le tartre émétique. Bien que Rivière, le docteur Hélis de Rouen, Dumangin, etc., l'aient employé à dose vomitive dans les affections du poumon, on peut dire, avec M. Rayer, que, quoique cette méthode soit aussi sûre que celle de Rasori, il n'en est pas moins vrai que, comme méthode exclusive, elle serait inadmissible, et que, de plus, elle est plus fatigante pour le malade, et ne peut être employée dans tous les cas. D'autre part, la méthode de Rasori et de ses partisans présente aussi des inconvéniens qu'il serait superflu de signaler. Les modifications que Laënnec et M. Kapeler ont apportées à cette méthode ne laissent aucun doute sur l'utilité du tartre stibié administré, après les émissions sanguines, dans les inflammations des organes pectoraux; et l'avantage de cet agent thérapeutique vient dernièrement d'être mis dans tout son jour par les expériences de M. Bricheteau.

Il est évident, selon moi, ainsi que l'a dit Laënnec, que l'effet du tartre émétique est d'autant plus rapide, qu'il ne détermine aucune espèce d'évacuation. Quelle est donc sa manière d'agir sur les tissus vivans? Son action paraît être débilitante, asthénique, contro-stimulante, comme le disent les rasoriens. L'affaissement, la fraîcheur de la peau, le ralentissement du pouls, me porteraient à le croire. Ses avantages sont patens. Nous voyons dans la première observation que la résolution ne commence qu'après son emploi, qui ne donne lieu à aucune évacuation, et ne donne aucun signe de son action irritante.

Le malade de la seconde observation est pris d'une forte diarrhée lorsqu'il commence le tartre stibié; la diarrhée n'augmente pas sous l'influence de son emploi, et la résolution s'établit.

Dans la troisième observation, deux saignées n'enrayent pas la marche du mal, et l'hépatisation commence. Le tartre stibié en triomphe.

J'observe, en outre, que le malade avait une prédisposition pour les irritations gastro-intestinales.

Dans la quatrième observation, ses avantages sont évidens aussi : le mal était enté sur une bronchite chronique ; le malade était sexagénaire et la pneumonie très étendue.

Et dans la cinquième observation, malgré l'âge tendre du sujet, malgré la douleur hypochondriaque, et le piqueté de la langue, la guérison a bientôt eu lieu par l'emploi du tartre stibié.

Je pense qu'il est urgent d'établir la tolérance et qu'il est bon pour cela de débuter par une dose moyenne et de mettre assez d'intervalle entre chaque dose : en cela, je suis d'accord avec M. Peschier. Je crois, en outre, que le tartre émétique n'est jamais qu'un moyen accessoire qu'on doit employer quand les antiplogistiques directs ne réussissent pas.

TEISSIER,
Médecin, à Lançon (Bouches-du-Rhône).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DES VOIES LACRYMALES; RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LA HAUTEUR ET LA LARGEUR DU CONDUIT NASAL; MODIFICATIONS IMPORTANTES A APPORTER DANS LE MODÈLE DE LA CANULE A DEMEURE, DITE DU PROFESSEUR DUPUYTREN; par le docteur BOURJOT-ST.-HILAIRE, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, pour les maladies des yeux.

Ire PARTIE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Les voies lacrymales dans l'homme sont disposées plus largement, que dans aucun autre animal, pour transmettre, dans les fosses nasales, le fluide limpide qui, sous le nom de larmes, lubréfie le devant de l'œil, entraîne les corps étrangers, et les produits secrétés par les appareils mucipares des annexes oculaires, la caroncule, les cryptes de la conjonctive, et les follicules sébacés, dits de Méïbomius.

Les conditions nécessaires à l'accomplissement de cette fonction, sont : 1° la sécrétion dans une juste mesure du fluide lacrymal ; si elle devient trop abondante, les larmes ne peuvent plus être pompées assez promptement, elles s'écoulent sur la joue, comme il arrive après un fort larmoiement ; 2° une proportion également juste entre le mucus que les larmes doivent dissoudre et entraîner, et la partie la plus ténue du liquide ; 3° l'état tonique des syphons lacrymaux, qui n'est pas dû, comme on l'a dit, à des fibres circulaires, que l'anatomie ne peut démontrer, et qu'une saine physiologie ne revendique pas d'une manière plus expresse ; car ces fibres que l'on ne peut démontrer chez l'homme manquent tout à fait sur les grands mamifères : le bœuf, le cheval ; sur de plus petits, le chien et le lapin, où nous n'avons pu constater qu'une lacune à bords très plats et très minces. Les fibres décrites sous le nom de muscle de Horner, qui agissent sur l'alongement des canaux qui communiquent des points au sac lacrymal, ont une fonction plus manifeste ; 4° le jeu d'aspiration pour puiser les larmes dans le sac du grand angle de l'œil est plus conforme, selon nous, aux lois physiques ; il se fait surtout par l'action d'un muscle que nous pensions avoir découvert dans des recherches récentes, et que l'anatomiste Duverney avait déjà fait connaître. Cet appareil musculaire consiste en fibres longues et assez pâles, qui du bord interne de l'orbite, à la jonction du tiers interne avec les deux tiers moyens, se portent sur le sac lacrymal, et distendent sa paroi fibreuse à chacune de leurs contractions. Ces contractions sont isochrônes à celles de l'orbiculaire, et deviennent très énergiques, lorsque l'on fait effort pour sécher ses larmes après avoir beaucoup pleuré ; aussi est-ce instinctivement que nous contractons alors avec force tout l'appareil musculaire palpébral, comme cela est si facile à voir sur un enfant qui vient de sanglotter.

Ces fibres de ce muscle, que nous appellerons dilatateur inférieur du sac (M. dilatator sacculi lacrymalis inferior), sont bien distinctes de celles de l'orbiculaire, pour l'attache, la direction, elles ne sont pas circulaires et concentriques (*V.* les figures).

Un autre muscle qui a dû être confondu avec l'origine du sourcilier, et la queue de l'occipito-frontal, a la même action sur la partie du sac qui se trouve au dessus du tendon direct de l'orbiculaire. Ce tendon lui-même est tiré en dehors par les fibres de son muscle propre, lorsque la contraction est extrême, et tend à imprimer à la partie moyenne de la paroi fibreuse du sac à laquelle il est uni, un mouvement saccadé de dilatation, auquel nous attribuons la descente des larmes dans le sac, plutôt qu'à une action capillaire, et à toutes les autres raisons données par les auteurs. Ainsi, par la dilatation alternative du sac, un véritable jeu de pompe aspirante est établi, les larmes sont absorbées par les points lacrymaux, lorsque la valvule membraneuse qui se trouve à l'orifice inférieur du conduit nasal sous le cornet inférieur s'abaisse, et ouvre le passage, après s'être relevée à chaque inspiration, mouvement de clausion qui empêche l'air inspiré de pénétrer dans les voies lacrymales. Cette valvule est percée d'une sorte de canal obliquement creusé dans la muqueuse et exactement construit, comme la valvule qui permet à l'urine de sortir de l'uretère dans la vessie sans permettre son refoulement. Il en est de même ici, à cette différence près, que c'est de l'air et non un fluide aqueux qui agit sur la valvule nasale, aussi est-il impossible de faire remonter des lotions ou douches par inspiration du nez dans le conduit des larmes ; ce serait la même chose pour des fumigations. Cette valvule ou va et vient a donc beaucoup d'importance pour faire des voies lacrymales un véritable syphon aspirant, comme elle s'oppose à l'entrée de l'air dans les voies nasales, à l'ascension des corps étrangers, tels que poudres sternutatoires, poussière, etc. Nous chercherons donc à ménager cette valvule dans la méthode aujourd'hui en vogue de la dilatation par une canule à demeure, en modifiant considérablement celle-ci.

5° Une autre condition nécessaire à l'inté-

grité de la fonction, est l'état sain de la conjonctive oculaire, de la muqueuse qui pénètre par les points lacrymaux dans le sac et dans le conduit lacrymal, pour se continuer avec la membrane olfactive dont elle revêt déjà les caractères, mais légèrement, dans le canal nasal.

Cette membrane muqueuse est sécrétoire dans toute son étendue; elle le devient davantage lorsqu'elle se trouve hypertrophiée dans son appareil crypteux. La sécrétion de cette partie de la muqueuse passe alors de la qualité d'un mucus clair qui est nuisible aux larmes à celle d'un mucus épais quelquefois puriforme. Le tissu lui-même de la membrane dans les divers points de son étendue peut éprouver toutes les transformations, depuis la plus faible injection jusqu'au bourgeonnement de sa surface, jusqu'à la végétation de polypes, de callosités, de brides, etc., toutes transformations qui amènent l'oblitération sur une partie ou sur toute la longueur du canal de transmission de larmes.

6° La conservation du calibre du canal osseux, est, comme on le pense bien, une autre condition indispensable à un écoulement facile des larmes du devant de l'œil, dans les fosses nasales.

PATHOLOGIE.

On voit au premier abord que les maladies des voies lacrymales appartiendront fréquemment à ce que l'on appelle l'affection catarrhale aiguë ou chronique de la muqueuse des voies lacrymales, soit que l'inflammation débute du côté de l'œil, soit qu'elle se manifeste primitivement du côté des voies olfactives, comme on le rencontre à la suite des corizas aigus ou chroniques à la suite de simples refroidissemens, ou conséquences de fièvres éruptives, scarlatine, rougeole, etc.; l'inflammation remonte alors de la gorge à l'œil par continuité de tissu, comme encore dans les maladies herpétiques et scrophuleuses qui de la lèvre supérieure envahissent la pituitaire des voies lacrymales.

Dans tous ces cas, les sécrétions de la muqueuse sont perverties dans leur nature, le produit devient plus dense, moins miscible aux larmes; le passage par les points lacrymaux est rendu difficile; il y a alors épiphora simple sans tumeur, si c'est dans le trajet des points au sac que l'obstacle a lieu; ou le sac et le canal étant engorgés inférieurement, les fluides alors ne peuvent descendre par ces méats oblitérés. Un moment arrive où toute la muqueuse est affectée, la sécrétion est partout augmentée et viciée; il y a alors blennorrhée du sac. Le produit accumulé de la sécrétion reflue par la pression vers les points lacrymaux, lorsqu'il est trop plein, et parfois s'écoule vers le nez lorsque l'obstacle n'est pas invincible.

Nous avons décrit les circonstances les plus ordinaires des prodromes des affections des voies lacrymales; nous avons vu que ce n'est pas un point limité de la muqueuse oculo-lacrymale qui peut être affecté, et en cela on peut blâmer le professeur Scarpa d'avoir restreint la maladie à la perversion de la sécrétion de la membrane muqueuse oculaire, et des follicules de Méibomius, état qu'il a défini par le terme de *flux palpébral;* il faut bien admettre que le plus souvent il en est ainsi, et que la blépharite glanduleuse et la psorophthalmie sont l'occasion la plus fréquente des maladies des voies lacrymales, mais non pas toujours.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement médical de la première période.

Pour quiconque fera de l'ophthalmologie une étude des tissus et de leurs divers genres d'altération, et l'ophthalmologie ne doit être que cela si l'on veut marcher à l'aide de principes sûrs, il sera clair que les données ci-dessus admises sur la production des divers obstacles à l'écoulement des larmes, seront les meilleurs guides dans les voies thérapeutiques.

Ainsi, dans la première période d'acuité ou d'état subaigu, la méthode antiphlogistique sera employée pour combattre l'état de turgescence hypérémique de la muqueuse oculo-nasale. Si dans ces derniers temps l'on a annoncé avoir guéri presque à coup sûr par l'application répétée vers le grand angle de l'œil, et en dedans de l'aile du nez, d'une ou de deux sangsues, nous observerons que l'on n'a eu affaire qu'à de simples engouemens des voies lacrymales, lorsqu'il n'y avait qu'une affection locale peu ancienne et peu désorganisatrice. Les sangsues agissent en produisant une saignée dérivative des plus utiles, c'est un bon moyen que l'on peut faire concourir avec d'autres, dont il faut même se servir avant d'avoir recours à d'autres, et l'on doit à l'emploi de la méthode antiphlogistique, dans les maladies des voies lacrymales, la diminution très marquée du nombre et de la gravité des tumeurs et des fistules lacrymales, que l'on rencontre dans la pratique de la ville, et des hôpitaux; mais, nous le répétons, ce n'est que dans les cas les plus simples que ce moyen réussit seul.

Dans la deuxième période qui s'atteint plus ou moins vite lorsque la maladie a passé à l'état chronique, que déjà les tissus sont modifiés, que les sécrétions sont perverties, il faut agir sur la constitution tout entière, par la voie hygiénique et thérapeutique. Par la voie thérapeutique, nous entendons la révulsion au loin, soit par les exutoires, soit par les purgatifs toujours utiles dans une sage mesure sur ces tempéramens éponges, chez lesquels, dans nos climats variables et humides, l'état catarrhal se manifeste tantôt à un point, tantôt sur un autre de la muqueuse ou peau rentrée.

En même temps il faudra chercher à modifier localement les tissus par les médications tirées de la classe des toniques, des astringens, et de légers escharrotiques. Ainsi, les sels métalliques: sulfate de zinc, de cuivre, de fer, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent, entreront dans des collyres liquides ou mous, et seront versés en lotions, ou appliquées sur la conjonctive palpébrale, et dans le grand angle de l'œil, vers le lieu dit le sac des larmes. Les points lacrymaux absorbent ces substances médicamenteuses, qui déjà auront agi sur la conjonctive oculaire, les transportent sur leur propre surface interne, et sur celle qui tapisse toutes les voies lacrymales. On peut aussi les y pousser avec force au moyen de la seringue d'Anel. Cependant beaucoup de praticiens rejettent ces injections, entr'autres Mackensie, Beer; M. de Wezel le père, que la science ophthalmologique regrette depuis quel-

ques jours, nous disait, il n'y a pas long-temps, que sa longue expérience s'était très bien trouvée de ces injections long-temps répétées.

Nous sommes de cet avis; nous avons vu à cette clinique, où nous étions chargés, par la nature de nos fonctions, de pratiquer ces injections sur les consultans du dehors, qu'elles détergent avec avantage le sac, qu'elles en chassent tout le mucus épaissi, et qu'elles peuvent agir mécaniquement, quoique rarement pour faire une voie aux larmes, par la partie inférieure; en tous cas, elles amènent constamment du mieux. Nous trouvons l'eau chargée de chlorure de sodium, une injection détersive suffisamment active. L'eau de Goulard affaiblie, l'eau de Baréges, une décoction tanninée de feuilles de noyer, de quinquina, etc., peuvent lui être substitués.

Quant aux pommades, nous n'en dirons que peu de choses: presque toutes les formules à base d'oxide rouge de mercure se valent, et ne méritent pas plus les unes que les autres d'être élevées au titre de panacée. Une formule qui est prônée comme guérissant tous les cas de blépharite et de flux palpébral, n'est qu'une œuvre de charlatanisme, contre laquelle on peut d'avance s'inscrire en faux. Quelques unes de ces formules ont pris rang dans nos codex comme médicamens officinaux adoptés, ce sont les pommades de Desault, de Janin, de Regent, qui y restent au même degré de valeur.

De nos jours, l'ophthalmologie, et toute la thérapeutique des ulcérations et des vices de sécrétions des membranes muqueuses oculaire, intestinale, urétrale, vaginale, se sert avec avantage du nitrate d'argent fondu. C'est de tous les cathérétiques le plus maniable, le plus innocent. A l'état solide, appliqué sur les surfaces humides, il fond et abandonne une légère quantité de lui-même aux tissus à la superficie seule desquels il se combine. Son action restant plus astringente que désorganisatrice. A l'état de collyre mou, mêlé à l'axonge à la dose de gr. *j* à *iij* par ℥ *j*, il forme une pommade très utile contre les granulations de la muqueuse oculo-nasale. C'est à semblable formule, déguisée pharmaceutiquement, que W. Adams dut sa réputation d'avoir dompté l'ophthalmie d'Egypte, dont il s'était fait aux yeux de sa nation le plus ardent et le plus heureux adversaire.

A l'aide de ces moyens modifiés selon les temps, les personnes, l'état des choses, et le bon savoir du médecin, on verra le flux palpébral se modifier, la nature des larmes changer, et celles-ci reprendre leur limpidité ordinaire: les points lacrymaux cessent d'être turgescens, blafards; le mucus floconneux ne s'accumule plus dans le sac lacrymal; s'il s'en amasse un peu, c'est par en bas qu'il s'écoule. L'affection qui n'était encore qu'au deuxième degré disparaît pour revenir quelquefois avec les temps froids et humides, si le malade n'évite pas soigneusement tout ce qui peut produire vers les yeux un afflux de liquides, et surtout s'il ne craint pas de s'exposer à toutes les causes des affections catarrhales, comme le froid des pieds, les vents coulis des portes ou des fenêtres. La position auprès d'une croisée, même la mieux close en apparence, expose beaucoup de personnes à toutes les suites des affections rhumatismales et catarrhales par le rayonnement du calorique qui se fait au travers du vitrage, entre la pièce habitée, et l'air extérieur. Il suffit quelquefois de faire changer le lieu où une personne séjourne habituellement dans son appartement pour éloigner la menace d'une maladie fluxionnaire des voies lacrymales; il faut chercher aussi à améliorer la santé générale par un régime approprié. Comme on le sait, ces personnes d'une constitution lymphatique, les scrophuleux surtout sont bien plus exposés que les autres aux maladies des voies lacrymales; comme de toutes les autres portions de la muqueuse en général.

Nous ne prétendons pas que les causes catarrhales essentielles soient uniquement à signaler dans la production des maladies des voies lacrymales. Ainsi, les affections érysipélateuses, dartreuses et vénériennes qui assiégent la face, et les environs du nez surtout, se propagent jusque dans les conduits des larmes et y deviennent la raison de la perversion des tissus et des sécrétions dont nous avons parlé. On a vu des pustules varioliques se développer au bord libre des paupières et désorganiser un ou les deux points lacrymaux, plus souvent l'inférieur, et amener une imperméabilité complète de ces canaux, d'où un épiphora incurable pour la vie. Ajoutons à ces causes celles qui peuvent mécaniquement ou vitalement produire une oblitération du canal osseux. Au premier rang nous placerons les déformations congénitales ou acquises du nez. L'épatement qui vient du renversement en dedans des apophyses montantes, et de l'écrasement des os propres du nez ne retrécit pas nécessairement le canal nasal. Nous voyons que les nègres (Cafres, Mozambiques) et comme point extrême de comparaison, les singes de l'Ancien-Monde à ouverture nasale antérieure (magot, cynocéphale), ont, avec un nez très aplati, les canaux lacrymaux très bien percés. Mais lorsqu'une carie vénérienne, lorsqu'un lupus a dévoré le vomer, la cloison moyenne, les cornets et le corps de l'etmoïde, l'os unguis est souvent affecté lui-même; les apophyses montantes se déjettent en dedans et arrivent à comprimer le sac d'avant en arrière. Dès lors l'écoulement des larmes se fait mal; il y a une lente infiltration des tissus, la tumeur rouge étalée, quelquefois phlegmoneuse, prend les apparences d'un érysipèle permanent; il est plus exacerbé un jour, moins l'autre, selon que l'air froid et humide, sec et venteux, aura excité un plus grand afflux de larmes. Les hypérostoses et caries vénériennes, scorbutiques, scrophuleuses, amènent aussi l'oblitération des canaux avec ou sans déformation de la voûte du nez, par gonflement des os et du périoste qui double la muqueuse lacrymale.

Doit-on rappeler ici que, chercher à attaquer la maladie locale, sans déraciner le mal dans sa source, c'est perdre un temps précieux; tandis que si le vice radical est enlevé, on voit le plus souvent le gonflement disparaître, les tumeurs s'effacer, et la maladie guérir sans moyens chirurgicaux. Les maladies vénériennes sont certes celles vers lesquelles les soupçons devront premièrement être éveillés. Si le malade au nez aplati nazille, on peut annoncer que la carie syphilitique a détruit le voile du palais, perforé

le plancher, attaqué les cornets, et ces maladies syphilitiques déjà profondément traitées par le mercure sont des plus rebelles et exigent des ménagemens dans l'emploi des mercuriaux, sous peine de voir la carie étendre ses ravages.

Enfin, les fractures du nez par enfoncement de la paroi antérieure du bord orbitaire du maxillaire supérieur, par un coup, une chute, un heurt donné à un corps mu violemment, comme le timon d'une voiture, produisent encore l'oblitération du sac; une canule d'argent d'un calibre approprié selon notre nouveau modèle, introduite après examen des désordres, deviendra à la fois un moyen de réduction pour les esquilles enfoncées, et un méat artificiel nécessaire à l'écoulement des larmes, après que l'on aura calmé les premiers accidens traumatiques.

Troisième période.

Celle-ci n'est véritablement que la deuxième confirmée, et augmentée dans sa gravité par le temps. Aussi la désorganisation est-elle plus avancée, la membrane interne du canal nasal surtout, vers sa partie moyenne, s'est tuméfiée, a bourgeonné, a pu produire un polype pédiculé, comme Walter de Bonn en a cité un cas. La sécrétion est muqueuse et purulente; elle s'accumule dans le sac, le distend, et le rend saillant en dehors de la demi-gouttière osseuse qui doit le contenir à l'état sain: il y a tumeur lacrymale, ou dacrycistide des ophthalmologistes de l'école de Vienne.

On ne confondra pas cette tumeur molle légèrement fluctuante, placée à l'angle du nez, au dessus du bord orbitaire, et qu'une pression médiocre fait disparaître, par l'écoulement par en haut, ou par en bas, du liquide contenu, avec des tumeurs ou kystes fibreux du grand angle de l'œil. Comme nous en avons vu deux exemples cette année, chez une femme, ce kyste avait soulevé le plancher de l'orbite; il venait de l'antre d'Hygmore; chez un homme, il siégeait sous le périoste de l'apophyse nasale du coronal; ces kystes contenaient une liqueur onctueuse, telle que le renferme le grenouillette sous-linguale. Dans ces deux cas, la dureté invincible de ces kystes et leur siége, un peu autre que celui de la véritable tumeur lacrymale, nous avaient déjà inspiré des doutes que l'opération fort simple qui eut lieu confirma pleinement; les kystes guérirent par exfoliation de leur paroi interne.

L'obstacle existe; il faut s'assurer de sa nature, de son siége, et de la résistance qu'il oppose. Nous allons maintenant entrer dans l'examen des moyens chirurgicaux proprement dits: parlons 1° de ceux servant à l'exploration: les stylets presque capillaires d'Anel et de Méjean, d'argent recuit à olives terminales, inventés pour le cathétérisme des points lacrymaux, ne nous paraissent pas de très bons instrumens: le malade supporte difficilement leur intromission, et le chirurgien exécute avec peine cette exploration, car les paupières du malade sont agitées d'un clignotement spasmodique. La direction d'abord verticale, puis horizontale de ces orifices béants et de leur canalicule, les brides anormales qui en interceptent le calibre surtout vers le point de jonction dans le sac lacrymal, où ils ne parviennent qu'en pénétrant entre les fibres tendineuses du bord de la paupière, puis le nouveau changement de direction que reprend la perpendiculaire dans le sac, tout cela fait du cathétérisme explorateur à la manière d'Anel, un procédé de difficile exécution.

2° Nous rangeons parmi les moyens explorateurs les injections forcées par les points lacrymaux. Cette manœuvre n'a pas les inconvéniens de la précédente: l'olive qui termine les petits syphons d'or ou de platine, pénètre si peu, qu'il n'y a pas de changement de direction à essayer, l'injection poussée avec force, chasse les matières accumulées et peut faire juger de leur quantité, du lieu où se trouve l'obstacle, quelquefois même vaincre celui-ci.

3° Le cathétérisme inférieur devait avoir ses partisans; il avait été mis en pratique par Laforest, pour, au moyen de son algalie creuse, déboucher par en bas le sac, et y faire des injections médicamenteuses. La courbure trop grande de cette algalie, telle que les arsenaux de chirurgie nous l'ont laissée, n'est pas commode; elle expose à labourer inutilement les voies olfactives, et à briser le cornet inférieur.

Le cathéter de M. Gensoul, à courbure latérale sur la longueur me paraît construit sur des rapports anatomiques mieux étudiés; le bec de ce cathéter explorateur est contourné sur son axe; il est introduit à plat, le bec dirigé sous la courbure du cornet, et ramené doucement d'arrière en avant, vers l'épine interne de l'apophyse montante, là où le cornet s'y attache: le bec glisse sur le plan incliné, et par un demi-tour de main assez facile à saisir, il est dirigé vers l'orifice inférieur du canal nasal, qu'il doit pénétrer en écartant les parois de la valvule connivente qu'il faut chercher à ne point offenser. Alors on abaisse le manche de l'instrument; le bec du cathéter parcoure promptement le canal nasal pour venir faire saillie sous la peau au grand angle de l'œil; cela s'opère facilement bien entendu si le canal est libre d'obstacles, et quoiqu'ils existent s'ils sont légers, on pénètre alors par un cathétérisme un peu forcé. On ne craint pas ici les fausses routes, car l'on est dirigé par le canal osseux. Ce moyen est un des plus sûrs pour explorer le canal nasal par en bas; mais fréquemment des embarras se rencontrent et le rendent impossible; il faut alors recourir à l'exploration par en haut.

M. Gensoul, et presque au même temps, Taillefer et Gromore, ont fait du cathétérisme inférieur exploratif le premier temps d'une méthode qui consiste à transporter aux voies lacrymales les pratiques usitées pour l'exploration et le traitement des rétrécissemens de l'urètre.

En effet, M. Gensoul en a fait le premier temps d'une méthode qui consiste à transporter jusqu'à la cautérisation du sac par le nitrate d'argent qu'il introduit avec son algalie creuse, armée d'un stylet à cuvette porte-caustique. Déjà, en 1824, M. Gensoul annonçait avoir eu de très nombreux succès, par l'emploi de cette méthode encore peu en faveur à Paris (*Voyez* les Archives).

L'idée du cathétérisme inférieur a suggéré à M. le docteur Manec, professeur distingué de chirurgie, celle de compléter le cathétérisme

inférieur par l'adjonction à la sonde exploratrice creuse, d'un stylet ou dard, portant un chas d'aiguille. Ce qui permet : 1° d'arriver mécaniquement et par l'effet de la courbure que prend le stylet, en sortant au dehors du sac et de la paupière que la pointe traverse, chose très importante, lorsque le désordre extérieur a amené de la confusion ; 2° de passer par le chas d'aiguille un fil que l'on retire ensuite par en bas, pour plus facilement ajouter à ce fil des brins de coton ou de soie; en un mot, se servir de la méthode du séton dilatateur ; de sorte que le cathétérisme inférieur vient également au secours du chirurgien, soit qu'il emploie la cautérisation, soit qu'il se borne à la dilatation, soit, comme je le propose, qu'il fasse concourir les deux moyens (*V.* fig. 2).

Jusqu'ici, ces tentatives d'exploration n'ont pas nécessité l'usage de l'instrument tranchant. Avec J.-Louis Petit, Desault et les modernes, nous arriverons à l'incision du sac.

Comme tous les moyens qui tendent à faire passer le fil conducteur par les points lacrymaux sont ou trop difficiles ou dangereux, J.-L. Petit rendit un service à la chirurgie, en tranchant le nœud gordien par l'incision du sac. Cette incision, outre qu'elle est un premier temps utile pour l'opération subséquente, a eu l'avantage d'amener un dégorgement dans les parties. Après elle viennent la longue liste des moyens employés pour opérer la dilatation temporaire ou permanente du canal obstrué. Que l'on se serve de bougies, comme J.-L. Petit ; de la corde à boyau de Quadri, de Naples ; de Beer, de Vienne ; en y ajoutant des moyens médicamenteux, du clou de Scarpa, du séton simple de Martins (Radius ophthalmogici minores, tom. II.) ; de celui composé de Walter et de M. Roux ; que l'on fasse passer le fil avec le stylet fourchu de Boyer dans la canule de Desault, ou à l'aide du ressort de montre de Pamard, un des moyens les plus faciles à employer, du trois quart canule de Jurine, du grain de plomb de Fournier, qui souvent manquera son effet ; le but est de faire passer le fil conducteur du séton, et ce but sera facilement rempli par le procédé le plus familier à l'opérateur, et nous ne préconisons pas un moyen plus que l'autre ; nous dirons seulement que nous nous servirons plus probablement de la sonde à dard de M. Manec et du ressort de montre de Pamard, après l'incision supérieure.

Le séton doit-il être composé d'un grand nombre de fils de coton, de charpie ou de soie, ou simplement d'un ou deux brins de ces substances ? Walter le compose de plusieurs brins de soie écrue ; Martins ne veut que deux fils accolés l'un à l'autre ; ses moyens sont ingénieux non seulement pour l'introduction, mais pour garder au dehors le fil en réserve.

Ce que je trouve d'une heureuse application dans les propositions de Martins (*loco citato*), c'est 1° de charger les fils de légers escharrotiques, tels que la pommade de nitrate d'argent, l'onguent d'altæa, etc., etc., pour modifier la muqueuse du canal ; 2° c'est de fermer la plaie supérieure (dans le procédé de M. Manec on n'en a même pas), et de ne laisser de libre que le passage du fil. Walter ne veut pas que l'on porte le séton en haut, jusque sous la peau ; en cela il pense juste ; par là on évitera un éraillement lors de la cicatrice d'une plaie très large.

Le clou de plomb de Scarpa avec une tête plate et largement appuyée sur la peau en dehors, me paraît être un des meilleurs moyens à employer chez les gens de la campagne, qui ne peuvent s'astreindre à des pansemens fréquens : ôter le clou, pratiquer une injection simple avec une petite seringue à oreille, replacer le conducteur métallique, voilà à quoi se bornent les soins qui suivent cette opération, qui amène avec le temps une guérison assez certaine.

Enfin, il nous reste à parler de la canule à demeure, procédé qui déjà dans la science est rentré dans la pratique, sous les auspices de M. Dupuytren, et le dirons-nous, avec des défauts qui lui ont mérité des revers fréquens et de nombreux détracteurs parmi les chirurgiens et parmi les gens du monde. Cette méthode pouvait être corrigée, améliorée par les mains habiles qui l'employaient ; elle devait ne pas se montrer avec ses défauts, ne pas rester exclusive et banale à tous les cas, sans distinction, sans modifications aucunes, et alors, au lieu d'avoir été rejetée tout à fait et injustement par quelques praticiens, elle eût gagné des résultats d'une pratique comparative ; mais au point où en sont les choses, disons que la méthode de la canule à demeure, unit des avantages réels à de nombreux défauts ; qu'il nous paraît possible de conserver les avantages et de rejeter les vices inhérens à cette méthode ; c'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer dans la suite de ce travail.

IIe PARTIE.

MODIFICATIONS A APPORTER A LA CANULE DE M. DUPUYTREN.

Le canal nasal, avons-nous dit, est doublé d'une membrane qui tient à la fois de la nature fibreuse, comme périoste du canal osseux, formé par l'apophyse montante et la concavité de l'os unguis, et de la nature muqueuse, par sa surface légèrement sécrétoire à l'état ordinaire. Un corps métallique à demeure et immobile, n'aura qu'une faible action sur cette paroi, et tout ce qui a été dit à cet égard de sa mortification et de la carie des os, nous paraît exagéré ; il n'en est pas de même des reproches que l'on a faits à la canule, en parlant de ses vacillations et du grave inconvénient de ses déplacemens. Dans le modèle actuel, le corps de la canule presque toujours trop mince pour porter sur le pourtour du conduit osséo-membraneux, n'est retenu que par le bourrelet qui circonscrit l'orifice supérieur de la canule, et ce bourrelet ne fait que poser sans y être enclavé sur le bord osseux. Cela rapelle exactement l'état vacillant d'un clou à tête plate, qui a été ébranlé par la tenaille et le marteau, et qui dépasse du côté inverse à celui par lequel il a pénétré dans une planche de bois tendre ; s'il tient encore, c'est sa tête plate qui l'empêche de passer de part en part, la tige du clou étant libre de toute pression. C'est exactement ce qui arrive au modèle de canule, dit du professeur Dupuytren, et affermie dans le canal qu'elle parcourt, mais qu'elle ne remplit dans aucun point de son

étendue (*V.* fig. 1re en C.). Cette canule tend toujours, par les mouvemens de totalité de la tête, dans l'action, de se moucher et d'éternuer, soit à remonter et à se présenter sous la peau en haut du sac, pour ne plus servir alors d'infundibulum aux larmes, soit si le bourrelet est lui-même d'une mesure trop étroite, à descendre par le canal osseux, et à offenser de sa pointe la concavité du cornet inférieur, soit si elle porte plus bas à toucher le plancher des fosses nasales, et à le perforer à la longue, comme nous en avons vu déjà plusieurs exemples, circonstance qui exige une exérèse fort pénible; vient encore s'y joindre le danger plus grand de la chute instantanée et inattendue de la canule, car elle peut alors pénétrer par surprise dans les voies respiratoires ou digestives, et y occasioner de graves accidens.

Si le calibre de ces canules est aussi trop petit, et qu'il offre, comme cela a lieu dans le modèle adopté, moins d'un quart de ligne à son orifice inférieur, on comprend combien facilement il se bouche par du mucus épaissi, mêlé à des poudres, à des matières lithiques, à de la poudre de tabac. La canule dans ces cas n'agit plus comme moyen de dilatation permanente, ni comme canal artificiel; elle n'a plus que les inconvéniens d'un corps étranger, incommode par ses déplacemens, et qui par son bourrelet rend même alors tout à fait impossible l'écoulement des larmes, en dehors de la canule, entre elle et les parois osséo-fibreuses (1).

Mais ne devait-on pas chercher à améliorer une méthode, qui, par cela même qu'elle se trouve adoptée par un grand nombre de praticiens, et à cause de sa facile exécution, ne pouvait ne pas avoir de nombreux revers.

Pour les éviter, il fallait rendre à la canule sa propriété de corps dilatant à demeure fixe, et sa propriété de canal artificiel.

Pour cela, il fallait donner à la canule des rapports exacts avec le canal osseux lui-même, rendre égaux les deux calibres du canal naturel et du canal artificiel.

Un calibre étroit, uni à une longueur considérable, était une condition d'obstruction; il était urgent d'y obvier.

Il fallait donc ôter à la canule, ainsi modifiée, selon son diamètre, une longueur trop considérable, et la proportionner à la longueur véritable du canal osseux qu'elle ne devait pas dépasser.

Il fallait que la valvule membraneuse, si importante au mécanisme de l'écoulement des larmes, et à leur descente, ne fût pas rendue inutile; elle ne pouvait rester libre dans son action qu'avec une canule assez courte, pour que son orifice restât supérieur au bord flottant de la valvule (*V.* fig. 1re, V. B.).

Pour arriver à ces modifications, il fallait de nouveau s'assurer de la largeur du canal, non pour établir une règle invariable par une mensuration moyenne. Dans les cas de ce genre, on ne peut et on ne doit prendre que des mesures absolues et individuelles, et si nous ajoutons à ce mémoire une sorte de table, c'est plutôt pour dresser une échelle des variations que pour établir une moyenne. Cependant les limites ordinaires étant données, on peut approximativement juger de ce qui peut être dans le plus grand nombre des cas (*V.* le tableau ci-annexé).

Le canal nasal, et le sac lacrymal qui lui est supérieur, peuvent être compris sous la dénomination unique du conduit des larmes, qui peut cependant arbitrairement se diviser en deux portions, formant ensemble deux portions de cônes tronqués, qui se rapprochent beaucoup d'un cylindre exact: l'une supérieure, comprend toute la gouttière lacrymale, et se termine un peu au dessous du bord orbitaire, au niveau du plancher de l'orbite. Cette portion n'a aucun rapport avec la longueur de la canule. Suivant les sujets, elle peut avoir de quatre à cinq lignes; c'est elle qui constitue la partie fibeuse du sac. La seconde portion ou inférieure, représente le véritable canal nasal; elle se limite en haut, un peu au dessous du bord orbitaire, en bas, à l'évasement du canal osseux, qui a lieu au dessus de l'épine interne de l'apophyse montante qui donne attache au cornet; ce point répond en dehors exactement à la terminaison supérieure de la ligne qui contourne l'aile du nez. C'est là aussi que s'attache la valvule flottante (V).

Cette portion du canal, qui est la seule à l'oblitération de laquelle la canule doive et puisse obvier, est aussi fréquemment sujette à des engorgemens et à des strictures; elle n'a jamais plus de cinq lignes jusqu'à la valvule flottante, et se limite le plus souvent entre trois et quatre lignes. Le diamètre varie entre les nos 1 et 10 des sondes, pour le canal osseux à l'état sec, c'est-à-dire de trois quarts de ligne à trois lignes de diamètre, comme nous pouvons en produire des exemples, la canule du modèle actuel (C.), passe pour son tube dans le no 3 du gradomètre à bougie, c'est-à-dire qu'il n'a qu'une ligne un quart, et le pavillon lui-même passe par le trou no 6, c'est-à-dire à deux lignes.

Il est facile de voir que lorsque le canal osseux aura une largeur supérieure au no 3, il ne pourra maintenir ferme le corps de la canule, et que lorsqu'il présentera une largeur no 6 ou deux lignes, le pavillon lui-même ne sera pas soutenu, et que la sonde tout entière pourra descendre dans le nez.

Mais le canal osseux, en lui donnant l'extension la plus longue, au delà même de son évasement, n'a que de trois à cinq lignes au plus: ce sera donc une faute que de mettre une canule de huit, neuf à dix lignes du modèle actuel, et ce sera sous peine d'avoir une canule vacillante (*V.* C'.) et de voir une pointe inflexible représentée par le biseau du bec inférieur, capable de perforer le plancher des fosses nasales qu'il vient rencontrer, nous venons d'en voir coup

(1) Une femme vient de se présenter à l'Hôtel-Dieu; elle a long-temps porté une canule qui, s'étant bouchée, a amené d'autres abcès; enfin, celle-ci étant tombée dans les voies olfactives, elle l'a crachée. La canule était obstruée par une matière concrète très putride.

Chez un autre malade, je suis parvenu à déboucher la canule elle-même, au moyen d'un stylet de Giraud; mais pour cela, il a fallu pratiquer une incision comme pour l'application primitive.

Un grand nombre de malades nous arrivent, chez lesquels la canule de M. Dupuytren cause des accidens au bout d'un temps plus ou moins long.

sur coup deux cas très remarquables : chez un malade qui vint, il y a peu de jours, faire extraire une canule qui descendait de quatre à cinq lignes dans la bouche, en traversant le palais; chez une femme qui s'était présentée peu de temps avant, la pointe métallique faisait encore à peine saillie, cependant elle était visible.

D'après tout ce que nous venons de dire, il est facile de trouver les causes des reproches faits justement à la canule de M. Dupuytren, et d'y obvier. Nous avons cherché anatomiquement le compas et le gradomètre à bougies à la main, et nous avons compris qu'il fallait : 1° diminuer la longueur de la canule ; dans quelle limite? dans celle du canal osseux, c'est-à-dire de quatre lignes à cinq lignes et demie.

Cette longueur doit être ainsi partagée : une ligne à une ligne et demie appartiendra à la portion du conduit qui se trouve dans le sac ; elle sera taillée en biseau, lequel restera dans le sac dont il servira à distendre les parois, en formant infundibulum pour les fluides ; l'autre portion de la canule légèrement conique remplira la portion qui forme le canal osseux.

Le bec de flûte supérieur sera taillé aux dépens de la convexité très peu sentie de la canule pour s'accommoder à la courbure légère du canal nasal. Le sinus de la courbure ne dépassera jamais un tiers de ligne.

La canule que nous proposons variera du n° 1 au n° 9 de trois quarts de ligne à deux lignes trois quarts de diamètre (*V.* fig. 4, 5, 6, 7, 8, 9). La longueur reste fixée à quatre lignes et demie, y compris la portion en biseau.

MÉTHODE OPÉRATOIRE.

Toute opération de la fistule lacrymale, par la canule à demeure, après toutes les tentatives de résolution, par les moyens médicaux, se composera des temps suivans, rapprochés ou disjoints au gré de l'opérateur :

1° De l'incision. Il conviendra de la diriger un peu plus verticalement de haut en bas qu'on ne l'a fait, en respectant, comme il est bien entendu, le tendon de l'orbiculaire ; nos canules étant grosses, l'incision a besoin d'être large.

On laissera le sang s'écouler ; on favorisera cette déplétion locale par des lotions tièdes et par un cataplasme émollient ; une mèche ou un petit morceau de bougie sera introduit dans la plaie jusqu'au lendemain.

2e temps. Il se compose de l'exploration, temps négligé, on ne sait pourquoi, par M. Dupuytren et ses imitateurs. Elle se fera à l'aide d'un stylet boutonné d'argent recuit à olive terminale ; cette exploration sera dirigée en haut vers le sac, et en bas dans le canal osséo-fibreux. Ces recherches indiqueront le lieu où il existera des brides, des callosités, des exostoses, etc. On essaiera aussi la voie des injections par les points lacrymaux et par la plaie, ce qui devient un excellent moyen d'exploration par la facilité que le liquide montrera à s'écouler par la plaie, ou par le pertuis inférieur.

Si d'après la nature de l'oblitération qui peut n'appartenir qu'à un état fongueux de la muqueuse, ou d'après une idée préconçue, ou encore parce que des circonstances ne permettent pas de suivre le malade, comme l'éloignement, un voyage, le chirurgien peut mettre de suite une de nos canules. Il peut arriver au but désiré, en essayant plusieurs numéros, jusqu'à ce qu'il soit tombé sur un numéro convenable ; mais, pour éviter ces tâtonnemens, il vaut mieux faire les recherches suivantes, que l'on ne peut remplacer par aucun rapport extérieur entre la forme du nez et le calibre du canal, au moins à ce que nous sachions.

On prendra une bougie conique solide, ou une sonde rendue ferme par son mandrin de métal ou de baleine, un bout de six à huit pouces étant plus facile à manœuvrer, on couperait l'excédant. La bougie serait trempée dans de l'huile fine ; on la présentera à l'ouverture de l'incision faite la veille, et dilatée par la mèche ou le bout de sonde placé dans la plaie ; on cherchera alors à faire descendre la bougie conique par un mouvement doux de rotation, sans insister avec force ni violence ; quand elle aura pénétré de cinq, six, huit lignes, sa conicité l'empêchera de pénétrer plus avant, et le point où elle s'arrête sera marqué avec l'ongle, si la bougie n'est pas graduée. En reportant cette bougie sur le gradomètre, au point où elle s'est arrêtée, ou en la faisant passer dans une des canules, il sera facile de trouver le numéro approprié à l'individualité à laquelle on a affaire.

Si l'on n'a pas la canule du numéro correspondant, on attendra facilement de se l'être procurée(1). En effet, on peut, au plus grand avantage du malade, faire concourir les deux méthodes de la dilatation mobile avec celle de la dilatation fixe. Ainsi, l'exploration étant faite, le canal mesuré, nous conseillons, pour un mois, six semaines, et plus s'il est nécessaire, l'emploi d'un faible séton de soie ou de fils de coton, chargé ou non de substances médicamenteuses, comme l'onguent d'altæa uni à du précipité rouge, de nitrate d'argent pulvérisé, incorporé à l'axonge. On pourrait se servir de la corde à boyau de Beer ou de M. Larrey, trempée dans du vin d'opium, le collyre cathérétique de Lanfranc ; on pourrait placer temporairement le clou de plomb de Scarpa, et déterger le fond du sac par des lotions résolutives ; enfin, se servir de la méthode de Ducamp, avec un de ses porte-caustiques du plus petit diamètre, sans surcharger la chirurgie d'instrumens nouveaux.

La canule à demeure doit être en bonne pratique, moins un moyen de guérison actuelle, qu'un moyen préventif contre une oblitération à venir ; c'est ainsi que nous l'avons toujours considérée, et si cette méthode a des détracteurs, cela vient de ce que l'on a voulu en faire dans des cas simples comme dans ceux plus graves une méthode primitive et unique de traitement sans y faire concourir les autres.

Ainsi, par les moyens dilatans on tiendra la plaie ouverte, sauf à l'agrandir, un peu lors de la pose de la canule à demeure. Cette opération

(1) Les médecins de province qui désireraient employer les canules du nouveau modèle, pourraient envoyer à M. B. St-H., au Muséum d'histoire naturelle, rue de Seine, n. 33, le bout de sonde exploratrice. Il fera fabriquer le numéro correspondant par M. Charrière, fabricant d'instrument de chirurgie, rue de l'Ecole de Médecine, ou s'adresser directement à M. Charrière.

se fait bien, en conduisant ce tube métallique sur un stylet d'argent passé dans le canal. Ensuite on appuie avec un mandrin coudé plein, ou avec les mors d'une pince à anneaux; avec le doigt on s'assure que le bec en biseau de la canule est bien caché dans la gouttière lacrymale; on pratique une injection par en haut, ou l'on passe un stylet dans le tube métallique, pour le déboucher. On recommencera les injections deux ou trois jours de suite, et ce n'est qu'alors, lorsque les accidens auront cédé, que l'on abandonnera la plaie à la cicatrisation. Si l'on était forcé de recourir à l'extraction, on la pratiquera à l'aide du crochet hameçon, inventé par M. Cloquet, et qui remplit très bien ce but.

Les avantages de ces modifications sont, et nous en appelons à la pratique et à l'examen des praticiens : 1° de substituer réellement au canal osséo-fibreux, sujet à s'oblitérer, après la guérison des obstacles, un canal artificiel exactement construit sur le canal naturel, d'introduire un tube métallique d'une longueur qui ne lui permette pas de détruire l'usage de la valvule connivente inférieure, d'un calibre assez large pour ne pouvoir jamais tomber dans le nez, ni remonter, ni vaciller sans cesse, qui ne pourra pas s'oblitérer et devenir ainsi cause d'accidens consécutifs, aussi graves peut-être que ceux auxquels la canule est destinée à obvier.

En un mot, les corrections que nous proposons nous semblent ôter à la méthode, souvent légèrement employée, de la canule à demeure, dite du professeur Dupuytren. Ses plus notables inconvéniens, et les réflexions que nous avons ajoutées à l'exposé des modifications que nous proposons, feront comprendre au praticien que ce moyen, même corrigé, ne peut ni ne doit être employé primitivement sans traitement préalable, sous peine d'éprouver des revers.

TABLEAU DE LA LARGEUR ET DE LA LONGUEUR DU CANAL OSSEUX DES LARMES.

SUR 55 TÊTES DE DIFFÉRENTES RACES.

EXPLORATION PAR LA SONDE.	LINGE DE DIAMETR.	LIGNE LONGUEUR.	NATIONS.	OBSERVATIONS.
Nos 5	1 3/4	5	Français.	Lames de l'unguis très développées. *Nota.* Bride osseuse formant pont entre la lame externe de l'unguis et l'apophyse montante.
2	1	5		
10	3	3		
6	2	5		
5	1 3/4	5		Ces mesures ont été prises sur douze Français adultes, du sexe mâle, décédés soldats au Val-de-Grâce.—La longueur du canal est dans cette mensuration trop forte; elle comprend toujours toute la portion évasée, jusqu'à l'attache du cornet.
5	1 3/4	5		
6	2	5		
6	2	5		
7	2 1/4	3 1/2		
6	2	5		
5	1 3/4	5		
5	1 3/4	5		
7	2 1/4	6		*Nota.* Sujet à l'état frais, ayant la face très haute et le nez aquilin. Age, 45 ans; avait deux points lacrymaux supérieurs.
5	1 3/4	3		*Nota.* Sur un sujet, au dessous de la deuxième dentition, le canal n'a de hauteur, jusqu'au plancher, que 4 lignes au plus.
2	1	4	Européen.	
6	2	5	Européen.	
7	2 1/4	4	Européen.	
10	3	4	Européen.	*Nota.* Vieillard dont la tête est dans l'armoire de la dentition. (Galerie d'anatomie au Muséum.)
6	2	4	Européen.	
6	2	3	Européen Bohémien.	
7	2 1/4	5	Europ., soldat russe.	Côté gauche. Différence d'une demi-ligne d'un canal à l'autre.
5	1 3/4	5		Côté droit...
3	1 1/4	4	Européen cosaque.	La gouttière complétement formée par l'apophyse montante, l'unguis très petit.
4	1 1/2	5	Européen russe.	La longueur du canal n'est pas influencée par la hauteur de la joue, qui dépend du bord alvéolaire.
6	2	4	Européen morabe.	Unguis formant bien l'infundibulum.
5	1 3/4	4	Europ., fille cosaque.	Unguis peu développé.
5	1 3/4	3	Européen arabe.	

RACE INDO-MALAISE.

EXPLORATION PAR LA SONDE.	LIGNE DE DIAMETR.	LIGNE LONGUEUR.	NATION.	OBSERVATIONS.
Nos 8	2 1/2	3	Indien de Bornéo.	Maxillaire supérieur très élevé et déprimé.
7	2 1/4	3	Indou.	
7	2 1/4	3	Javanais.	
6	2	4	Papoue (Austr. r. m.)	
5	1 3/4	4	Malais.	
7	2 1/4	3	Marrhate (Indostan.)	
7	2 1/4	4	Bengali (Inde.)	
6	2	4	Birman (Inde.)	
3	1 1/4	5	Néapolien (Inde.)	
4	1 1/2	4	H. Van Diemen Aus.	
7	2 1/2	4	H. C. de Malabar (I.)	

RACE ÉTHIOPIENNE.

EXPLORATION PAR LA SONDE.	LIGNE DE DIAMETR.	LIGNE LONGUEUR.	NATIONS.	OBSERVATIONS.
Nos 7	2 1/4	5	Africain de l'intér.	
7	2 1/4	5	Madécasse.	
6	2	4	Hottentot.	Sac très excavé.
5	1 3/4	3	Hottentot jeune.	Légère différence entre les deux canaux.
6	2	3		
5	1 3/4	3	Africain.	Ecartement considérable des lames de l'apophyse montante.
8	2 1/2	3		
5	1 3/4	4	Hottentot.	Nez très aplati, ouverture évasée.
7	2 1/4	4	Nègre Cafrerie.	
6	2	4	Nègre transporté à la Havane.	
7	2 1/4	4		
5	1 3/4	3	Momie égyptienne.	
AMÉRICAINS.				
Nos 6	2	4	Mexicain	Nez très saillant.
7	2 1/2	3	Patagon.	
9	2 3/4	3	Amér. sauvage du N.	

RÉSULTATS GÉNÉRAUX.

On voit que le plus grand maximum varie de 1 3/4 à 2 1/4.

On trouve pour la largeur.

2 à 1 lig.	
2 à 1	1/4.
2 à 1	1/2.
1/4 à 1	3/4.
1/4 à 2.	
1/4 à 2	1/4.
2 à 2	1/4.
1 à 2	3/4.
3 à 3	

La hauteur qu'il n'est pas aussi facile de mesurer certainement, varie de 3 à 5 lignes, du plancher de l'orbite à la crête du cornet inférieur.

Warre avait déjà trouvé le canal pouvant admettre une plume de corbeau ou d'oie.

BOURJOT-ST-HILAIRE.

OBSERVATION D'UN UTÉRUS BILOBÉ.

Mademoiselle Tronsin (Erminie), âgée de 19 ans, grande, mince et blonde, fut réglée pour la première fois, il y a deux ans. Quelques mois après elle se maria. Il y a environ six mois, elle commença à se plaindre de douleurs assez vives dans la région utérine et particulièrement dans le vagin. Ces douleurs devenaient surtout très intenses pendant l'époque menstruelle, puis elles allaient en diminuant pour revenir encore plus vives à l'époque suivante. Son mari qui les attribuait à quelques efforts qu'elle aurait faits en soulevant quelque fardeau (elle était blanchisseuse), la força à rester en repos chez elle. Ce repos les lui fit supporter pendant quelque temps, parce qu'elle pouvait alors se coucher, position dans laquelle elle souffrait alors infiniment moins. Mais enfin son état s'aggravant de plus en plus, et ne sachant quels soulagemens y apporter, elle se décida à consulter. Je la vis pour la première fois le

1er mai 1834 ; je la trouvai couchée ; elle me dit que depuis trois jours l'écoulement des règles avait lieu, et que depuis ce temps les douleurs habituelles étaient devenues si intenses, qu'elle avait été forcée de garder entièrement le lit, que la position verticale, que les besoins d'expulsion des selles et surtout des urines, besoins qui revenaient fréquemment, la mettaient dans un état d'anxiété et de souffrance difficile à décrire. Je procédai à l'examen des organes malades, et voici le résultat de cet examen : A un pouce environ de l'entrée du vagin, et à sa partie antérieure et latérale droite, existait une tumeur rénittente, considérable, remplissant presque toute la cavité du petit bassin, et qu'au premier abord on aurait pu prendre pour celle formée par l'utérus au commencement du travail de l'accouchement. A l'aide du doigt introduit dans le vagin, on pouvait s'assurer facilement de l'étendue de cette tumeur en avant et en bas, mais il était impossible de sentir jusqu'où elle s'étendait en arrière et de pouvoir arriver jusqu'au col de l'utérus qui paraissait fortement rejeté en haut et en arrière. Au travers des parois abdominales on sentait un corps volumineux qui s'élevait à la hauteur de l'ombilic, plus dur à la partie supérieure que dans le reste de son étendue, et ressemblant parfaitement à un utérus développé comme au sixième mois de la grossesse ; en pressant sur ce corps on faisait augmenter la saillie du vagin, et il était alors facile de s'assurer que c'était toujours la même tumeur qui s'était ainsi développée et dans le vagin et dans le ventre. Je m'assurai de plus que la vessie ne participait point à sa formation, en introduisant une sonde dans cet organe. Mais quelle était la nature de cette tumeur ? aux dépens de quoi était-elle formée ? Il était impossible de ne pas reconnaître dans son intérieur la présence d'un liquide ; mais quel était ce liquide ? Les douleurs qui étaient plus vives aux époques menstruelles, la tumeur qui paraissait aussi augmenter de volume à chacune de ces époques, me firent penser un instant qu'elle pouvait être due à la rétention du sang des règles dans quelque point de l'organe. Mais l'écoulement périodique, qui ne paraissait en aucune façon suspendu, me fit rejeter cette idée. Enfin je m'arrêtai à celle d'une tumeur enkystée qui aurait eu son siége entre la vessie, l'utérus et le péritoine.

Cette femme étant peu fortunée et prévoyant que sa maladie pourrait se prolonger un certain temps, se décida à entrer à l'hospice Royal de Versailles, le 12 mai 1833 ; là, elle fut examinée de nouveau plusieurs fois par MM. Maurin, Pénard et Vitry, chirurgiens en chefs, et par M. Noble, médecin en chef de la maison, et, après ces examens, ces Messieurs éprouvèrent les mêmes doutes, les mêmes incertitudes que moi, sur la nature de la tumeur. Enfin comme la malade désirait qu'on la délivrât à tout prix de la cause de ses souffrances, qu'il était évident que la tumeur ne contenait que du liquide, qu'elle paraissait située en dehors de la vessie, du rectum, du péritoine, et quant à l'utérus, dont on appréciait difficilement la position, qu'en supposant qu'il fût pour quelque chose dans son développement, il n'y avait encore d'autre chose à faire que de donner issue au liquide, on se décida à recourir à ce moyen. Le 15 mai, M. Maurin, en présence de MM. Pénard, Vitry, Noble, Navarre, Noble fils, des élèves de la maison et de moi, plongea un troquart, dans la partie de la tumeur qui faisait saillie dans le vagin, il s'écoula aussitôt par la canule, un liquide de couleur de chocolat, de consistance sirupeuse, inodore. Comme ce liquide sortait difficilement par la canule, on agrandit légèrement l'ouverture avec le bistouri, il s'en écoula alors par flots une quantité que l'on peut évaluer à environ trois cuvettes. Le doigt introduit dans cette cavité l'on put s'assurer qu'elle remplissait le bassin et qu'elle était tout à fait isolée. On put aussi alors reconnaître à l'extrémité supérieure du vagin un petit corps dur qui paraissait être la matrice et dont on sentait facilement l'ouverture vaginale qui était un peu béante.

Les quatre premiers jours après l'opération, cette femme était parfaitement bien, très gaie d'être débarrassée d'un ennemi qui la tourmentait depuis bien long-temps. Il se faisait par l'ouverture un léger suintement, les parois de la tumeur paraissaient se rapprocher et tout annonçait une terminaison heureuse et prompte, lorsque le lundi 19 au matin, les symptômes de péritonite commencèrent à se montrer ; cette affection prit en quelques heures un degré d'intensité effrayant, et malgré l'emploi rapide et énergique des moyens les plus actifs, elle succomba dans la journée du 22 du même mois.

Le lendemain, je procédai à l'examen cadavérique, en présence de MM. Noble, Maurin, Bataille, Pénard, Vitry, Navarre, Noble fils, et des élèves de la maison. Voici le résultat de cet examen :

L'ouverture de l'abdomen nous montra le péritoine vivement enflammé dans toute son étendue, offrant un grand nombre de pseudo-membranes et un vaste épanchement puriforme. Cette membrane était surtout phlogosée dans la partie correspondant à la tumeur, laquelle était située en dehors de cette membrane, et paraissait faire partie de l'utérus.

Les organes de la génération, isolés et enlevés par une coupe des os du bassin, offraient la disposition suivante : Le vagin avait 4 pouces et demi de longueur ; à sa partie latérale droite et environ à un pouce de son entrée, se trouvait l'ouverture pratiquée à la tumeur; à sa partie supérieure on voyait l'ouverture longitudinale utéro-vaginale, située de droite à gauche : cette ouverture était tout à fait au niveau de la membrane vaginale, c'est-à-dire qu'il n'y avait point de traces de col de l'utérus, et que la saillie que forme ordinairement ce col dans le vagin et qui, avec l'ouverture utéro-vaginale, forme ce que l'on nomme le museau de tanche, n'existait pas.

L'utérus présentait une forme singulière ; son corps qui avait un pouce et demi de largeur, était terminé de chaque côté par deux cornes de chacune deux pouces de long, larges, épaisses et charnues. A l'extrémité de ces cornes se trouvaient les trompes utérines qui avaient leur forme et leur position normales, ainsi que les ovaires.

Une incision commencée à l'ouverture utéro-vaginale, afin de pouvoir examiner l'intérieur

de l'utérus, nous montra une cavité qui s'étendait de cette ouverture à l'extrémité de la corne du côté gauche. Toute cette partie qui formait exactement la moitié de l'organe, était séparée de celle du côté opposé par une membrane charnue, s'étendant du fond de l'utérus au bord interne de l'ouverture utéro-vaginale, en sorte que la cavité gauche n'avait aucune espèce de communication avec la cavité droite. L'intérieur de la petite portion de corps présentait quelques rides transversales ; au contraire, la corne en offrait de longitudinales.

A droite, une incision commencée à celle faite pendant la vie sur la tumeur, et continuée jusqu'à l'extrémité de la corne de ce côté, nous montra une disposition pareille à celle de l'autre ; cette cavité droite n'avait aucune issue avec le dehors, on remarquait seulement à la partie inférieure de la membrane moyenne qui séparait les deux cavités utérines, un léger amincissement circonscrit, qui semblait indiquer la trace d'une ancienne communication de ces deux cavités.

La corne de ce côté offrait des fibres longitudinales, comme celle de l'autre côté.

Le corps présentait aussi, comme l'autre, des fibres transversales ; ces fibres avaient pris un accroissement considérable, surtout vers la partie inférieure et latérale, où par leur dilatation elles formaient une énorme poche, qui n'était autre que la tumeur qui faisait saillie dans le vagin et dont la nature nous avait tant embarrassés.

L'on s'explique facilement la formation de cette tumeur. Depuis deux ans seulement cette jeune femme était réglée. La menstruation avait toujours été peu abondante ; on conçoit que le sang fourni par l'*utérus* gauche, se soit écoulé au dehors puisqu'il avait une issue, mais l'*utérus* droit n'en avait point, il devait donc y avoir de ce côté, rétention de ce liquide. Ce devait être aussi naturellement la partie la plus déclive, la plus inférieure, dans laquelle il devait tendre à s'accumuler. Dans les commencemens la dilatation fut peu sensible et peu gênante, mais lorsque, par la succession des mois, les parois inférieures et latérales du corps de cet utérus se furent amincies au point d'avoir tout au plus une ligne d'épaisseur ; que la tumeur fut devenue si considérable qu'elle fit une saillie énorme dans le vagin, eut rempli une partie du bassin et repoussé en haut le reste de l'utérus et tout le paquet intestinal, ce fut alors que les douleurs se manifestèrent en augmentant à chaque époque menstruelle, et que cette pauvre jeune femme se décida à réclamer les secours de l'art.

L'on s'explique aussi pourquoi, dans ce cas, le diagnostic fut si difficile ou pour mieux dire impossible à établir ! C'est qu'avant tout il aurait fallu reconnaître une monstruosité, et que rien n'avait pu la démontrer pendant la vie.

Un fait intéressant qu'offre cette observation déjà si curieuse, c'est qu'elle est une confirmation de plus de la découverte de M. Serres, des lois qui président à l'organogénie, puisqu'à l'aide de ces lois on peut facilement expliquer la formation de cette monstruosité.

D'après ce célèbre physiologiste, tous les organes sont d'abord primitivement doubles, et chaque partie se développe d'une manière pour ainsi dire indépendante. C'est à ce principe du double développement des organes qu'il a donné le nom de *Loi de symétrie*, mais quelques uns de ces organes d'abord primitivement doubles, marchent à la rencontre les uns des autres, se réunissent sur le centre de l'animal, et forment ceux que l'on a nommés impairs ou uniques, parce qu'on les considérait tout formés. Ce principe de réunion des organes a reçu le nom de *Loi de conjugaison*.

Telles sont les deux grandes lois qui président à la formation des organes.

Cependant, dans le cours de la vie intrà-utérine, une cause quelconque peut arrêter leur évolution, et les forcer à rester dans l'état où ils se trouvent au moment de cet arrêt. C'est à cette cause, à cet arrêt de développement que MM. Serres et Geoffroy Saint-Hilaire, rapportent un grand nombre de monstruosités, et que celle-ci peut être attribuée.

En effet, qu'observe-t-on en suivant la marche du développement de l'utérus dans l'embryon humain ?

« Dans le commencement de la vie embryonnaire, dit M. Ollivier, les trompes utérines, l'utérus et le vagin ne constituent qu'un seul canal fendu à la partie supérieure, offrant dans tous les points la même largeur, et s'étendant depuis l'extrémité libre des trompes jusqu'à la vulve. Les trompes sont d'abord proportionnellement plus épaisses et plus longues qu'aux époques suivantes ; jusqu'au troisième mois on les voit descendre en dehors des ovaires, très obliquement de dehors en dedans, et se réunir à angle aigu par leur extrémité inférieure, à un petit corps alongé qui n'est autre chose que le rudiment de l'utérus. Les trompes ne deviennent flexueuses que du quatrième au cinquième mois. *Jusqu'à la fin du troisième mois l'utérus est bicorne*, mais ses deux moitiés latérales s'unissent à angle d'autant plus aigu, que l'embryon y est plus rapproché du moment de sa formation. C'est lorsque cet angle s'est effacé que l'organe paraît bicorne : peu à peu ces deux prolongemens disparaissent, et une cavité unique les remplace vers la fin du quatrième mois. »

Ainsi donc, en se rappelant la marche des diverses transformations que subit l'utérus pendant la vie fœtale, et les lois en vertu desquelles s'opèrent ces transformations et les appliquant au fait que je viens de décrire, il est facile de voir que les deux parties qui, *en vertu de la loi de symétrie*, forment le double utérus des embryons, avaient déjà commencé leur travail de réunion en un seul corps, et cela en vertu de cette autre loi, appelée *Loi de conjugaison*, lorsque ces deux parties se sont arrêtées dans leur évolution et ont laissé cet organe dans l'état imparfait dans lequel nous l'avons observé ; et cela par une cause qu'il est difficile d'apprécier, mais qu'on pourrait pressentir devoir tenir à un état de gêne dans la circulation des artères utérines, si l'on adopte l'opinion de M. Serres, qui pense que l'absence ou l'évolution incomplète d'une partie quelconque dépendent du défaut de développement de l'artère qui doit apporter à cette partie les matériaux de sa nutrition.

On peut encore, en se servant du travail de

M. Ollivier, apprécier l'époque de la vie embryonnaire à laquelle a dû avoir lieu cet arrêt de développement.

En effet, puisque jusqu'à la fin du troisième mois l'utérus est encore bicorne, que ce n'est que vers la fin du quatrième qu'il présente une cavité, et que dans le fait que je rapporte l'utérus est encore bicorne, qu'il n'offre point une seule cavité, mais bien deux cavités distinctes, on peut établir que cet arrêt dans l'évolution de l'organe a dû avoir lieu vers la fin du troisième mois de la vie intrà-utérine.

Enfin, si ce que je viens de rapporter des transformations successives de l'utérus, démontre la vérité de cette proposition de M. Serres, que dans leurs diverses transformations, les embryons des classes supérieures répètent successivement les formes permanentes des classes inférieures, cette observation offre une nouvelle confirmation de cette même proposition pour les différens genres de la classe la plus élevée, ou des mammifères.

Tout le monde sait que l'utérus présente des différences nombreuses dans les mammifères; ainsi dans la femme et la femelle du singe, il est simple et présente un museau de tanche très prononcé; dans les tardigrades et les édentés, il est encore simple, mais sans museau de tanche; parmi les carnassiers, la plupart des rongeurs, les pachydermes, les ruminans, les solipèdes, les amphybies et les cétacés, au contraire, le corps de l'utérus est constamment séparé en deux cornes, soit dans une partie de son étendue, soit dans toute sa longueur.

Eh bien! que trouvons-nous encore ici? point de col utérin, comme dans les tardigrades et les édentés, de plus un utérus séparé en deux cornes dans une grande partie de son étendue, et présentant un rudiment de corps, ce que l'on trouve dans l'état parfait de l'utérus des carnassiers, rongeurs, etc., preuve évidente que l'utérus de la femme passe par tous ces états intermédiaires avant d'arriver à celui de cavité unique et à col, qui constitue son état normal.

J.-A. Le Roi, de Versailles.

Phimosis. — *Procédé de* M. Philippe Ricord *pour la circoncision;* par Henri Blatin.

On sait que le phimosis consiste soit dans l'occlusion, soit dans l'étroitesse congéniale, occasionelle ou relative de l'ouverture du prépuce, qui dans l'état normal doit pouvoir glisser librement du sommet à la base du gland qu'il recouvre. On sait aussi que lorsque ce vice de conformation nécessite un traitement chirurgical, il existe trois méthodes pour le pratiquer: l'incision, l'excision et la circoncision.

Nous ne nous arrêterons pas à la première de ces méthodes, à laquelle on peut avoir recours lorsque le phimosis est borné à l'extrémité du prépuce, large d'ailleurs, comme dans certains cas d'affection congéniale, par exemple, où il suffit de diviser le limbe jusqu'à deux ou trois lignes au delà du point rétréci.

Nous ne nous occuperons pas non plus de l'excision (deuxième méthode), à laquelle on doit donner la préférence, quand le prépuce est trop court pour qu'on puisse exécuter la circoncision telle que nous allons la décrire, d'après les leçons de M. Ricord qui plusieurs fois l'a pratiquée sous nos yeux.

Les bornes que nous assignons à cet article ne nous permettant pas d'indiquer les variétés du phimosis, ni d'en faire l'histoire, nous poserons seulement ces deux principes:

1° Il faut opérer quand le rétrécissement est permanent; qu'il soit accidentel ou congénial.

2° On doit différer l'opération, quand la verge présente une affection inoculable.

Ces deux règles qu'une sage expérience a tracées à leur auteur, et que nous ne nous arrêterons pas à commenter, s'applique également aux diverses méthodes de traitement du phimosis.

Comme dans les autres procédés de circoncision, le malade peut être debout, les reins appuyés de manière à ne pouvoir reculer, ou bien assis, mieux encore couché en supination, sur le bord gauche d'un lit. S'il est assis ou debout, le chirurgien assis ou agenouillé, se place devant lui; à sa gauche, s'il est couché. Le pubis et le scrotum ont été préalablement rasés; les mains sont contenues par des aides.

L'opérateur soutenant sans traction la verge d'une main, trace de l'autre avec de l'encre ou mieux avec du nitrate d'argent, d'abord une ligne circulaire correspondant à la saillie de la base du gland, et décrivant comme lui sur la peau de la verge, une section oblique; ensuite un second trait parallèle au premier, et distant de deux lignes environ, en sorte que la couronne du gland se trouve comprise entre les deux. Voilà le premier temps de l'opération.

Cela fait, on tire en avant le prépuce, et l'on repousse le gland derrière les mors d'une pince à anneaux, dirigés de haut en bas, d'arrière en avant, et dans lesquels un aide saisit et serre l'espace préputial compris entre les deux lignes tracées, leur but étant d'indiquer la direction des pinces et le retrait que prendra le prépuce après la résection. L'opérateur tend avec la main gauche la partie de peau comprise au devant des mors qui le guident; et sa main droite, armée d'un bistouri, excise d'un seul coup, de haut en bas, tout ce qu'il veut emporter. Ceci constitue le second temps. Alors les pinces s'écartent, et la peau de la verge qu'on avait fait glisser sur le gland, revient sur elle-même, et se place en arrière de la couronne.

Mais le feuillet muqueux qui double le prépuce, à raison de son inextensibilité, n'a point accompagné celui-ci pendant la traction. Il reste appliqué sur le gland, et peut, comme dans les procédés secondaires de circoncision, donner lieu à un phimosis ordinaire, et de là à un paraphimosis. Il s'agit d'enlever cette muqueuse, ce qui constitue le troisième temps.

On fait glisser, ayant soin d'épargner l'urèthre, une lame de forts ciseaux sous le bord de ce repli muqueux, soulevé au milieu de sa partie supérieure, et d'un seul coup on le divise jusqu'à sa base; deux incisions, l'une de droite, l'autre de gauche, parallèles à la peau circoncise, c'est-à-dire à la commissure préputiale, détachent les lambeaux triangulaires, qui tombent, réunis le long du frein, sous les mors courbes des ciseaux.

Tout le pansement consiste pour les premiers jours, dans l'application d'une croix de Malte enduite de cérat, ouverte au devant du méat urinaire, un plumasseau de charpie assujéti par une compresse et une bande.

Les cinq ou six premiers jours passés, on touche légèrement la plaie avec du nitrate d'argent pour hâter la cicatrisation qui ne se fait pas attendre au delà du vingtième jour. La douleur vive aux premières applications du caustique ne tarde pas à se dissiper, et devient presque nulle dès le cinquième ou le sixième pansement. Au huitième jour ordinairement les malades peuvent sortir.

Nous omettons à dessein de parler des complications qui peuvent entraver ou suivre l'opération, telles que les adhérences de la muqueuse préputiale et du gland, que l'opération détache ou dissèque selon les cas, les hémorrhagies souvent considérables des petits vaisseaux du frein, du tissu érectile et du prépuce, qu'il cautérise, lie ou comprime, suivant l'occurrence. Nous négligeons aussi d'indiquer les soins consécutifs que réclame l'opéré, parce qu'ils sont communs aux différentes méthodes de circoncision.

Ainsi guéri, le malade n'est jamais exposé, comme par les autres procédés, à une opération ultérieure. La verge, après la cicatrisation n'offre aucune difformité, et ressemble parfaitement à celles dont le prépuce est très court.

Si nous avons bien décrit le mode opératoire, et rappelé que le prépuce s'unit au gland par une commissure circulaire oblique comme sa couronne, de haut en bas et d'arrière en avant, on reconnaîtra combien le procédé de M. Ricord est simple et satisfait aux indications qui doivent diriger le chirurgien : enlever tout le prépuce, et rien que le prépuce.

Henri Blatin.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES.

Parmi les nombreux articles originaux contenus dans les cahiers d'août, septembre et octobre, nous nous bornons à rendre compte des suivans :

Recherches sur les ruptures du cœur, par J. E. Dezeimeris.

(Août.)

Cette première partie des recherches du savant bibliographe est consacrée à la classification méthodique des faits que la science possède sur les ruptures du cœur; elle ne saurait faire l'objet d'un résumé intéressant. L'auteur nous promet d'étudier et de grouper ces matériaux d'après leurs ressemblances les plus essentielles pour en déduire des résultats généraux que nous nous empresserons alors d'énoncer et de comparer avec quelques idées pathologiques qui nous ont été suggérées par la lecture de la première partie de son travail.

—

Considérations sur quelques points en litige concernant les luxations et fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, par M. Rognetta.

(2e partie.)

Le Mémoire de M. Rognetta n'a rien d'original, bien qu'il puisse être consulté avec fruit comme abrégé pratique et application variée des opinions et des préceptes par lesquels MM. *Dupuytren* et *A. Cooper* ont changé la doctrine des luxations du poignet sur l'avant-bras et des fractures de l'extrémité inférieure du radius, en établissant que celles-ci seules existent et en ont toujours imposé pour celles-là, qu'anatomiquement et expérimentalement ils ont démontré être impossibles.

—

Recherches sur la cause des bruits respiratoires perçus au moyen de l'auscultation, par M. Beau, interne à l'hôpital Necker.

Exposons de suite les conclusions de ce joli et intéressant travail :

« 1° Les différens bruits respiratoires, non « compliqués de râles, ne sont pas produits « mécaniquement par le passage et le frottement « de l'air contre les parois de l'arbre bronchi- « que où on les entend.

« 2° Ils sont produits par le retentissement « dans toute la colonne d'air inspiré et expiré « du bruit résultant du refoulement de cette « colonne d'air contre le voile du palais ou les « parties voisines.

« 3° Tout bruit produit dans les voies respi- « ratoires supérieures doit retentir dans l'arbre « bronchique avec son caractère propre et son « degré d'intensité.

« 4° Pour la pratique, on ne doit jamais « conclure à la non pénétration de l'air dans les « poumons, avant d'avoir examiné s'il se pro- « duit un bruit guttural.

« 5° On peut, en faisant cesser le bruit gut- « tural, faire cesser le murmure respiratoire « qui en est le retentissement, et obtenir ainsi « à leur état de pureté et de plénitude certains « bruits du poumon, de la plèvre et du cœur, « qui se confondent souvent avec lui, et que dès « lors il est impossible de bien saisir s'ils n'en « sont isolés. »

Depuis long-temps l'idée-mère et les faits d'où ces conclusions découlent nous sont familiers. Il y a plus d'un an, que par un *a priori* si élémentaire et si axiomatique, qu'on s'étonne qu'il ait échappé au premier coup d'œil des pathologistes qui se sont consumés à remuer toutes les questions d'auscultation, *le docteur Marmorat* affirmait que *la respiration bronchique* n'avait pas son siége dans les bronches qui se rendent à la portion de parenchyme induré, puisque le vide pulmonaire étant la raison essentielle pour laquelle l'air se précipite dans les vésicules, une partie du poumon où le vide ne se fait pas (et toute partie indurée est dans ce cas), est complétement inaccessible à ce gaz, aussi bien que la bronche qui va s'y distribuer. Si *le souffle tubaire* ne se produisait pas dans la bronche du lieu induré, il se produirait donc nécessairement dans la partie supérieure du canal aérien, là où l'air traversant rapidement des

passages étroits détermine un bruit perçu d'une manière d'autant plus intense et plus sèche par l'oreille, appliquée sur la région du thorax correspondant à l'hépatisation, qu'un corps transmet d'autant mieux les sons, qu'il est plus dur et plus homogène. L'expérience clinique confirma ces prévisions. Un fait surtout ne permettait pas le doute; c'est que la *respiration bronchique* est aussi prononcée, pour ne pas dire plus, dans *l'expiration* que dans *l'inspiration*. Ce sont ces idées légèrement modifiées et étendues à d'autres phénomènes d'auscultation, que de son côté, *M. Beau* a développées d'une manière très originale, en les appuyant d'expériences, dont quelques unes sont fort concluantes. Nous disons *quelques unes*, car il ne nous paraît pas aussi nettement démontré qu'à *M. Beau*, que le bruit *d'expansion vésiculaire* doive être attribué au souffle guttural.

Ces intéressantes recherches ne sont pas seulement destinées à redresser un point de doctrine stérile en applications.

Le principe, *que tous les bruits ou murmures respiratoires non compliqués de râles, se produisent à la partie supérieure des voies respiratoires*, de la manière qu'a indiquée M. Beau, peut servir d'une manière très précise au diagnostic différentiel local des affections thoraciques.

—

De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës et chroniques. (Obs. recueillies dans le service de M. le professeur Andral), par Max. Simon.

(Septembre.)

C'est la continuation d'un Mémoire, dont la première partie a été analysée dans notre numéro d'août. Ce travail n'est pas achevé, et l'auteur en est encore à l'exposition des faits. Ceux-ci sont, il est vrai, suivis de réflexions, mais de réflexions qu'on pourrait appeler *postiches*, et qui ressemblent à ces mêts qui trompent la faim sans la satisfaire. Nous espérons que la fin de ces recherches si capitales par leur objet, puisqu'elles peuvent contribuer à la réhabilitation de dogmes précieux, contre lesquels l'esprit de système a lancé ses proscriptions avec un succès malheureusement trop soutenu, sera couronnée par des conclusions dont la filiation naturelle avec les lois de l'organisme sain et malade, garantisse la valeur et l'inviolabilité; car c'est là un *criterium* qui n'a jamais trompé les grands maîtres. Nous ferons connaître ces conclusions avec toute l'importance qu'elles ne peuvent manquer d'avoir.

—

Observation d'une altération du sang par la présence d'une très grande quantité de pus dans tout le système circulatoire, sans origine appréciable, suivie de quelques réflexions sur ce genre d'altération, par M. Duplay, chef de clinique à l'hôpital de la Pitié.

(Octobre.)

Une fille de vingt-sept ans, entre mourante, dans le service de M. le professeur Rostan. Elle se dit malade depuis plusieurs mois, mais surtout depuis quinze jours. Son aspect est celui d'une phthisique. Elle a de la diarrhée, des sueurs nocturnes, la respiration difficile, du râle muqueux à grosses bulles, se plaint continuellement et s'éteint au bout de deux jours. A l'autopsie, tous les vaisseaux veineux et artériels contiennent un liquide d'un rose terne, dans lequel nagent des flocons grisâtres, une matière d'un gris jaunâtre, en un mot, du véritable pus. Aucune des surfaces des vaisseaux et cavités qui renferment ce liquide n'offre l'indice de la plus légère phlegmasie. Tous les autres organes en sont aussi exempts, si on excepte le gros intestin, qui est criblé de très petites et très superficielles ulcérations avec hypertrophie de ses parois. Le foie et la rate sont énormément gonflés. La muqueuse bronchique est rouge et gorgée d'abondantes mucosités. Les articulations ne sont pas ouvertes, mais elles n'étaient pas tuméfiées; la malade n'y a pas accusé de douleurs; ses mouvemens étaient libres.

C'est avec regret que nous avons vu ce fait si important ne suggérer à son auteur le soupçon d'aucune des déductions si naturelles dont il est gros. Sans nous aboucher oisiveusement sur la question de savoir d'où vient ce pus, prenons acte de sa présence, de son mélange intime avec le fluide réparateur, et retournons un instant par la pensée au lit de la malade.

Les symptômes sont, d'une part, un marasme lent et profond, une dissolution organique avec forte colliquative par toutes les surfaces d'élimination, D'autre part, les lésions cadavériques sont, l'existence d'un sang dont la masse est intimement altérée par sa combinaison avec un liquide toujours hétérogène, inassimilable, quelquefois septique et ennemi de sa vie; plus, le gonflement de l'altération de tissu de quelques parenchymes dépurateurs et des traces assez légères de phlegmasie, répandues sur quelques portions du système muqueux.

Quel étrange assemblage de symptômes et de lésions organiques! Quel nom donner à cette maladie? Où la placer? Rien, à coup sûr, n'est plus harmonique que les deux ordres de faits qu'elle présente : quant à son nom, c'est *l'hectique purulente*. Sa place est à côté des admirables descriptions que nous en ont laissées les auteurs des siècles passés. Je ne vois pas ce qui empêcherait de la conserver dans le genre des *fièvres lentes ou hectiques humorales* qu'ils avaient soigneusement séparées des hectiques nerveuses, telles que *l'hectique nostalgique*, *l'hectique de douleur*, *l'hectique fumélique*, etc.

Osons donc hasarder quelques lignes sur *la fièvre hectique purulente primitive* que d'autres ont aussi appelée, *colliquative essentielle*.

Injectez du pus dans les veines d'un animal; une fièvre purulente va se déclarer : frisson, chaleur, soif ardente, dévoiement, sidération typhoïde; bientôt cessation de la fièvre, colliquation, mort dans le marasme. A l'autopsie : phlegmasies superficielles des muqueuses, infiltration purulente et gonflement des divers parenchymes, taches gangréneuses disséminées dans certains tissus. C'est ainsi que les choses se passeront si la quantité de pus injecté est telle que la puissance vitale ne suffise pas à son assimilation et à son expulsion. Dans le cas contraire, *la digestion* pourra s'en opérer; c'est-à-dire que le système circulatoire réagissant par la fièvre contre la cause morbifique, l'élaborera

et s'en débarrassera par les surfaces au moyen desquelles, incessamment dans l'état de santé, il ne rejette ce qui ne doit pas servir à la nutrition. L'animal survivra dans ce cas, au lieu que tout à l'heure, l'empoisonnement était si considérable, que l'organisme, profondément infecté dans sa source, a été impuissant pour réagir et a succombé à la gravité disproportionnée de la cause. Eh bien ! chez l'homme, le sang peut se contaminer de diverses manières pour produire les *hectiques humorales*, soit en puisant dans quelque foyer purulent ou contenant d'autres liquides viciés, la matière de son infection, et c'est là le cas le plus commun, celui que nous désignons encore par le mot *hectique de résorption*, soit que cette matière s'y engendre de toutes pièces, comme dans le fait que nous rapportons et dans une multitude d'autres aussi incontestables. Quelle que soit, du reste, l'origine de cette matière, les symptômes ne diffèrent pas; la nature lutte suivant les mêmes lois. La peau, les membranes muqueuses, les reins, sont les émonctoires normaux spécialement affectés à ce genre de dépuration. Quoi d'étonnant si on les trouve injectés, enflammés, ulcérés même, et si les organes parenchymateux préposés aux fonctions compliquées de l'hématose sont hypertrophiés, ramollis, etc.....? Il serait bien plus surprenant que tous ces tissus restassent sains : on en voit la raison et de reste, de même qu'on sent, *à fortiori*, qu'il serait absurde de regarder ces lésions secondaires, voire même l'entérite, comme causes. Peu de personnes, maintenant, sont responsables d'une pareille erreur.

Les faits du genre que nous analysons sont précieux à notre époque, et ne tendent pas peu à ruiner l'édifice pyrétologique que l'esprit de système nous a violemment imposé. Si nous pouvions, qu'on nous permette l'expression, étudier au microscope l'organisme fébricitant dans tous les exanthèmes internes et externes, dans les hectiques humorales, celles, par exemple, dont sont dévorés les phthisiques qui ont les poumons creusés d'anfractuosités où croupit le pus, etc.... Le fait en question se reproduirait matériellement à nos yeux; nous assisterions, pour ainsi dire, au spectacle de cette infection du sang et du mécanisme pathologique *de la synergie fébrile dépuratoire;* car ce fait est l'analogue de ceux auxquels nous faisons allusion; ils ne diffèrent que par l'abondance de la cause. Pour les rendre identiques, il ne faudrait que grossir ceux-ci. C'est ainsi que lorsqu'un animal a succombé à l'injection d'une énorme quantité de pus dans les veines; à l'autopsie, ce liquide est retrouvé dans le sang, tandis qu'il est impossible de l'y constater si cette quantité a été moindre, bien que les mêmes symptômes aient eu lieu.

Personne ne nie pourtant que ces symptômes ne soient le résultat de l'infection du sang. Cette infection admise chez l'homme, l'idée de fièvre et d'évacuations critiques en est inséparable : « *Hecticæ quidem causa est conatus naturæ ad* « *expurgandum sanguinem à purulentis acri-* « *busve miasmatis per frequentes cordis et va-* « *sorum pulsationes.* » (SAUVAGES.) « Causa « coloris continui his in febribus, nulla alia « quàm humor quidam corruptus et putridus. « Hic putris succus infestus planè ac alienus est « nervorum fluido nervosisque partibus, et « sensibiles, has atque motrices partes, ad in- « tensiorem contractionem, quæ febris essen- « tiam absolvit, exstimulat. » (F. HOFFMANN.)

Ce qui fait la gravité de ces fièvres, c'est que la source de la matière infectante, du pus, par exemple, est le plus souvent intarissable, et que l'organisme qui ouvre tous ses émonctoires, finit par être épuisé, ou par l'excès de sa réaction, ou bien par la forte colliquative. « *Corpus autem sic colliquescit, quòd sanguis* « *et reliqui humores nimium soluti et prope-* « *modùm corrupti, sub variâ evacuationum* « *specie undiquè effluunt; id communiter à* « *principio quodam heterogeneo.* » (BURSERIUS.)

Ces fièvres sont quelquefois continues; le plus souvent rémittentes et intermittentes à type irrégulier : « *Ob facultatis imbecillitatem, len-* « *tas et interpolatas.* » (SAUVAGES.) Hippocrate paraît avoir déjà fait la même question en parlant des sueurs dites colliquatives : « *Febres in-* « *termittentes ob suppurationem pleræque su-* « *dorificæ sunt.* » (HIPP.) L'observation de *M. Duplay* serait bien plus complète s'il avait fait mention de la fièvre, quoique *Borsieri*, *Quesnay*, *Ettmuller* nous apprennent qu'elle cesse dans les derniers jours de la vie. Ces auteurs avaient aussi grandement égard à la nature et au siége des évacuations. Celles-ci, suivant eux, et c'est ce que nous voyons encore tous les jours, sont de préférence intestinales, puis cutanées, puis enfin rénales. Ils attachaient une grande importance aux caractères physiques de ce flux, comme moyen de diagnostic, matières diarrhéiques crues, ténues, blanchâtres, déposant quelques grumeaux blancs, sans symptômes de saburres des premières voies. Sueurs grasses, visqueuses, fétides. Urines avec un énéorème suspendu, ou venant former à la surface une pellicule crémeuse, déposant lentement, etc.... Quant au traitement, il se bornait à soutenir l'organisme, à favoriser les excrétions par les surfaces voulues et à empêcher les métastases. C'étaient là les *fièvres colliquatives essentielles bénignes* qui devenaient malignes, soit par les qualités septiques et putrides du liquide infectant, soit par l'idiosyncrasie des malades. Le quinquina, le camphre, les antispasmodiques trouvaient alors leur place.

Nous nous sommes ainsi étendu sur ce fait, et parce qu'il soulevait des questions très importantes, et pour nous plaindre de la manière lâche et méticuleuse avec laquelle on procède, au moyen des observations, à la discussion des sujets les plus graves de la science, comme les plus influens sur la pratique de l'art, sans chercher à subordonner les faits aux lois bien assises de l'organisme sain et malade, sans vouloir surtout renouer le présent au passé, et continuer la chaîne de l'observation hippocratique. Ce n'est qu'en travaillant sur ce plan que les faits peuvent être utiles. *Ferner*, *Baillon*, *Forestus*, *Hoffmann* nous ont laissé de si beaux modèles dans ce genre ! Aurions-nous dégénéré ? — Ce n'est que trop certain.....

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Numéro du 15 novembre.

Du traitement des ulcères atoniques des jambes avec le coton cardé.

Les personnes qu'affectent en plus grand nombre les ulcères atoniques des jambes, sont celles en général qui peuvent le moins dépenser d'argent en remèdes coûteux; pour lesquelles le repos, c'est la misère; et la possession du pain quotidien, le fruit d'un travail quotidien. Le traitement *de Bayton* (compression par les bandelettes agglutinatives) est surpassé dans la réunion de ces importantes conditions par celui dont on doit la popularisation à M. Mayor de Lausanne. M. Roux vient de l'importer dans son service, et c'est le résultat heureux qu'il en a déjà obtenu qui a donné lieu au mémoire que nous analysons. Couvrir les ulcères avec du coton cardé, en quantité suffisante, pour matelasser en quelque sorte la partie dans l'épaisseur d'un pouce; une compresse en plusieurs doubles par dessus, et une bande, voilà tout. Il faut absorber par l'addition de nouvelles couches de coton le pus qui imbibe certains points du premier appareil et ne lever celui-ci que pour ne plus le replacer, c'est-à-dire à l'époque de la guérison qui a eu lieu pour les malades de M. Roux, vers le quinzième jour. Les malades se pansent eux-mêmes : on peut leur permettre la marche et le travail.

—

REVUE MÉDICALE.

(*Numéro d'octobre.*)

Ce cahier contient :

1° Quelques réflexions sur la question de responsabilité médicale soulevée à l'occasion de l'affaire Thouret-Noroy, par M. Gibert;

2° Du traitement du rhumatisme articulaire et fibreux par M. Martinet;

3° Recherches sur le traitement de diverses maladies des yeux, lues à la Société de médecine de Paris, par M. P. Pamard (troisième et dernier article).

Recherches sur le traitement de diverses maladies des yeux, par M. P. Pamard.

C'est la dernière partie d'un travail étendu et qui a déjà occupé une place importante dans les deux numéros précédens.

Plus de trois cents cas de maladies des yeux observés par M. Pamard, traités par lui, appuient l'avantage des moyens qu'il propose. Ce praticien passe en revue à peu près toutes les espèces d'affections du globe oculaire après les avoir distinguées en externes qui ont leur siége dans les membranes qui forment son enveloppe, et en internes qui occupent les parties contenues dans cette enveloppe. En deux mots, ce long mémoire peut être connu. La partie thérapeutique qui le constitue tout entier se réduit au précepte suivant : Le calomel à l'intérieur est porté à la dose de 36 à 48 gr. dans les vingt-quatre heures, cela jusqu'à salivation doit être la base de tout traitement des maladies des yeux, sans distinction de nature (l'auteur ne fait pourtant pas mention de la cataracte), depuis l'ophthalmie catarrhale simple jusqu'à l'amaurose; la persévérance et l'énergie des doses devant toutefois être proportionnées à l'intensité des accidens et à l'importance des tissus lésés.

De fortes saignées du bras, des applications de sangsues aux malléoles, des lotions avec un collyre composé d'eau de plantain, de mucilage de graines de coings, de sulfate de zinc et d'alcool camphré (quand l'ophthalmie est tout à fait externe), des affusions froides sur la tête (quand les symptômes sont très aigus, qu'il y a douleur et photophobie), le malade étant plongé dans un bain chaud, concourent puissamment avec le calomel à la guérison de toutes les affections inflammatoires des membranes et des humeurs de l'œil.

On est étonné d'un traitement si composé, si effrayant, quand aux premières pages on a lu que l'auteur affecte une grande simplicité thérapeutique, et qu'il pense avoir sur tous les ophthalmologistes l'avantage de pouvoir dire comme Stoll : « *Medicus præstantior qui in præscribendis parcior.* » N'est-il pas permis de croire que si M. Pamard a incontestablement guéri un grand nombre d'ophthalmies catarrhales scrophuleuses, purulentes, aiguës ou chroniques, par les moyens qu'il préconise, il eût pu obtenir le même résultat avec un simple petit collyre de nitrate d'argent, par exemple ? N'est-ce donc rien que la salivation ? M. Pamard ne nous dit pas si les individus dont les symptômes ophthalmiques diminuaient, la salivation survenant, étaient bientôt débarrassés de ce misérable inconvénient, et par quel moyen surtout il le faisait cesser, car depuis longtemps nous le cherchons ce moyen. Il est possible toutefois que le climat où exerce M. Pamard (Avignon), rende cet accident moins fréquent et moins rebelle. Certes nous ne nions pas l'action profondément efficace des mercuriaux dans les maladies des yeux, mais suivant le conseil de Lawrence, nous voudrions qu'on les réservât pour les phlegmasies aiguës des parties intérieures de l'œil, de celles que les topiques ne peuvent pas immédiatement atteindre; et que, dans celles des membranes externes, on ne les prescrivît qu'en cas d'insuccès des modificateurs topiques tirés surtout de la classe des cathérétiques ou bien comme devant, unis à ces derniers moyens, altérer la phlegmasie qui menacerait par sa marche sur-aiguë d'envahir bientôt les tissus plus profonds. Nous en dirons autant des saignées copieuses tant générales que locales, qui constituent une partie importante de la méthode de M. Pamard. Il faut des organismes doués d'une *stabilité d'énergie*, qu'on rencontre rarement dans nos hôpitaux, pour supporter, sans être jetés dans une cachexie et une pauvreté de nutrition bien difficiles à réparer, des pertes de sang si abondantes jointes à la laxité scorbutique, à l'atténuation hématosique que produisent les mercuriaux rapidement portés à hautes doses, lorsque surtout, à l'exemple de M. Pamard, on les donne dans l'intention qu'ils ne purgent pas, mais qu'ils soient absorbés. Nous savons qu'à la vérité les phlegmasies profondes de l'œil, eu égard aux désorganisations funestes

dont elles sont si promptement suivies, autorisent une activité extraordinaire dans la thérapeutique.

Les affusions froides sur la tête, le corps étant plongé dans un bain, cela pour remédier aux douleurs excessives et à la photophobie, ne pourraient-elles pas être remplacées par des frictions à la base de l'orbite avec l'extrait de belladone ? Ce moyen est si simple et en général si efficace ! M. Pamard pense que le calomel n'agit pas comme révulsif sur le tube digestif : Nous sommes de son avis.

Les faits qui servent de base à ce mémoire confirment hautement l'expérience des praticiens anglais sur la vertu du calomel contre les phlegmasies de l'œil Ce médicament est aussi depuis quelque temps très réputé des ophthalmologistes français. Pour notre compte, nous pouvons assurer lui avoir vu produire de bons et incontestables effets.

REVUE DES JOURNAUX DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

(*Décembre* 1834).

1° Recherches sur la nature des combinaisons décolorantes du chlore ; par M. Balard, de Montpellier ; extrait par M. F. Boudet.

2° Examen de l'eau minérale de Cambon (département du Cantal) ; par M. Blondeau.

3° Extrait d'un Mémoire sur la salseparine, présenté par M. Thubeuf à l'Académie de Médecine, le 3 juin 1834.

4° Observations sur la teinture d'opium ; par M. Hottot.

5° Sur les substances salines contenues dans les fruits du sumach des corroyeurs ; par J.-B. Trommsdorff. Extrait et traduit de l'allemand par M. Vallet.

6° Préparation de la codéine; par M. Merck, de Darmstadt.

Recherches sur la nature des combinaisons décolorantes du chlore, par M. Balard, de Montpellier.

M. Balard déjà connu des chimistes par la découverte remarquable du brôme et l'étude des composés auxquels il donne naissance, est parvenu dans ces dernières recherches à déterminer la véritable nature des composés, que les chimistes ont regardés jusqu'ici, les uns comme des chlorures d'oxides, les autres comme des mélanges de chlorures et de chlorites.

Les partisans de cette dernière opinion avaient cherché sans succès à isoler l'acide chloreux, dont la découverte devait leur donner gain de cause, M. Balard a réussi, après de nombreuses tentatives, à obtenir cet acide en faisant réagir le chlore sur l'oxide rouge de mercure. Voici le procédé définitif auquel il s'est arrêté :

On verse dans des flacons remplis de chlore un petit excès d'oxide rouge de mercure porphyrisé et délayé dans douze fois son poids d'eau. L'absorption est si vive et si complète que le flacon se brise quelquefois, à cause du vide qui en résulte. Lorsqu'elle est terminée, on filtre la liqueur pour en séparer l'oxido-chlorure de mercure qui s'est formé, et on obtient une dissolution d'acide cloreux, que l'on purifie et concentre ensuite par la distillation.

L'acide chloreux, ainsi préparé, est encore étendu d'eau ; il se présente alors sous forme d'un liquide transparent, qui se colore légèrement en jaune lorsqu'il est concentré davantage. Son odeur vive et pénétrante se rapproche de celle du deutoxide de chlore.

Il attaque l'épiderme avec plus d'énergie que ne le fait l'acide nitrique, et lui communique une teinte d'un brun rougeâtre.

Lorsqu'il est concentré il se décompose partiellement, même à la température ordinaire, en chlore qui se dégage et en acide chlorique, et cette décomposition spontanée est d'autant plus rapide que la température est plus élevée et que la liqueur est plus directement soumise à l'action des rayons solaires.

M. Balard a reconnu que le brôme et l'iode s'acidifiaient aux dépens de l'acide chloreux, et les épreuves nombreuses auxquelles il l'a soumis lui ont démontré qu'il était un des agens les plus énergiques d'oxidation; et que, sous ce rapport, il présentait une supériorité incontestable sur l'acide nitrique et même sur l'eau oxigénée ; enfin, chose remarquable, que c'était par son oxigène et non par son chlore qu'il agissait sur les divers combustibles simples et même sur les combustibles composés.

Il chasse avec effervescence l'acide des carbonates de soude et de chaux, et forme des chlorites avec leurs bases.

M. Balard l'a mis en contact avec un grand nombre de composés végétaux et animaux, et, dans presque tous les cas, a reconnu les indices d'une réaction très vive accompagnée le plus souvent d'un dégagement de chlore et d'acide carbonique. — Quand la substance contient de l'azote, celui-ci se dégage en même temps qu'une odeur de chlorure d'azote.

L'acide chloreux peut être obtenu à l'état gazeux ; après avoir vainement essayé de préparer ce gaz en traitant sa solution aqueuse par l'acide sulfurique, M. Balard est parvenu à l'isoler au moyen du nitrate de chaux. Pour le recueillir non altéré, il faut avoir recours au procédé suivant.

On introduit dans la partie supérieure d'une cloche pleine de mercure, 1/50e environ de son volume d'acide chloreux concentré, et on y fait passer peu à peu des fragmens de nitrate de chaux sec, le gaz se dégage avec effervescence et la dissolution de nitrate calcaire qui se forme le maintient à l'abri du contact du mercure qui le décomposerait. On peut du reste le transvaser d'une cloche dans une autre sans qu'il soit notablement altéré, pourvu qu'on le fasse passer rapidement et en grosses bulles à travers le métal.

Une température un peu élevée en sépare les élémens avec explosion et dégagement de chaleur et d'une lumière très vive. Aussi importe-t-il dans sa préparation, de n'ajouter du nitrate calcaire que par petite portion, afin d'éviter que la température ne s'élève trop par la dissolution.

Le charbon le fait détonner immédiatement;

et on obtient un mélange dechlore, d'oxigène, et d'une très petite quantité d'acide carbonique.

Au contact de fragmens de divers métaux, il est lentement absorbé et produit un oxide et un chlorure, mais si la quantité de gaz acide est un peu considérable, l'absorption, lente d'abord, est bientôt suivie d'une détonnation provoquée par la chaleur que l'action chimique a développée.

Nous n'entrerons pas dans d'autres détails sur les réactions qui s'opèrent entre le gaz acide chloreux et les corps simples ou composés avec lesquels il peut être mis en contact, il est facile de les prévoir en se reportant à ses propriétés précédemment décrites.

L'analyse de l'acide chloreux faite directement par détonnation a donné à M. Balard, pour 46 parties de gaz 69 parties d'un mélange qui s'est réduit à 23 parties d'oxigène, après avoir été agité avec une solution alcaline. D'où il résulte que l'acide chloreux est formé de deux volume de chlore et d'un volume d'oxigène, et que la condensation est égale au tiers du volume total, et égale aussi au volume de l'oxigène qui entre dans sa composition. Il en découle également, que l'acide chloreux présente la composition que l'on avait attribuée au prétendu protoxide de chlore qui, d'après les expériences de M. Soubeyran, ne paraît être qu'un mélange de chlore et de deutoxide de chlore.

M. Balard fait remarquer, que si les chimistes ont cru devoir assimiler jusqu'ici l'acide chloreux aux acides nitreux et phosphoreux, il est beaucoup plus naturel de le rapprocher de l'acide hyposulfureux, puisque les circonstances au milieu desquelles il se forme sont identiquement les mêmes que celles qui président à la production de l'acide hyposulfureux. On sait, en effet, que c'est en traitant les oxides alcalins par le soufre, avec le concours de l'eau, que l'on obtient des mélanges de un atome d'hyposulfite et un atome de polysulfure. Si dans cette réaction on substitue le chlore au soufre, on aura un atome de chlorite et un atome de chlorure, et la formule de l'acide cloreux sera $\dot{c}l^2$, comme celle de l'acide hyposulfureux $\dot{s}$. D'après ces considérations, la dénomination d'acide chloreux doit être remplacée par celle d'acide hypochloreux.

Des Hypochlorites.

Après avoir achevé l'étude de l'acide hypochloreux, M. Balard s'est occupé de l'examen des hypochlorites, dans l'espoir de démontrer en eux les propriétés des composés décolorans du chlore.

La préparation de ces sels exige des soins particuliers, car pour peu que la température s'élève, l'hypochlorite se transforme en chlorate et en chlorure, et c'est ce qui arrive lorsqu'on n'opère pas lentement et peu à peu la saturation des bases par l'acide hydrochloreux.

On obtient facilement les hypochlorites de baryte, de chaux, de potasse, de soude, de lithine, de strontiane et de magnésie.

Les hypochlorites des bases puissantes présentent la même odeur et la même couleur que les composés décolorans du chlore qui leur correspondent.

La présence d'un excès d'alcali rend les hypochlorites plus stables et permet d'obtenir à l'état sec, par évaporation dans le vide à une basse température, ceux de soude, de chaux, de baryte et de strontiane.

Bien que l'acide carbonique puisse chasser l'acide hypochloreux de ses combinaisons, il est à son tour chassé des siennes par un courant de ce gaz.

Les hypochlorites se comportent avec les métaux comme les prétendus chlorures d'oxides. Ils transforment en sulfates les sulfures récemment précipités et pourraient sans doute, aussi bien que l'eau oxigénée, servir à la restauration des tableaux; enfin ils agissent sur les matières organiques comme les combinaisons décolorantes du chlore.

D'après tout ce qui précède, il est facile de se rendre compte des propriétés décolorantes et désinfectantes des hypochlorites.

Lorsqu'on les traite par un acide, ils laissent dégager du chlore, et c'est ce chlore qui décolore et désinfecte par un mode d'action que tout porte à regarder comme une oxidation produite d'une manière indirecte aux dépens des élémens de l'eau. Agissent-ils, au contraire, sans le concours des acides? c'est uniquement par l'oxigène de l'acide hypochloreux qu'ils modifient la matière, et ils se transforment en chlorures. — M. Balard termine son Mémoire en annonçant que, par des procédés semblables à ceux qui lui ont réussi pour l'acide hypochloreux, il a obtenu l'acide hypobromeux, et qu'il s'occupe d'en compléter l'histoire.

Examen de l'eau minérale de Cambon, commune de Saint-Cernin, département du Cantal, par M. Blondeau.

Cette eau minérale sort du sein d'une roche granitique qui fournit un jet continu et toujours égal, d'un pouce environ.

M. Blondeau n'a point isolé les diverses matières que renferme l'eau de Cambon, il s'est borné à reconnaître leur nature au moyen des réactifs. Il résulte de ses recherches, que cette eau contient du bi-carbonate de soude, du carbonate de magnésie, du carbonate de chaux, du sulfate de soude, du chlorure de sodium, de l'acide carbonique libre, des traces de matières organiques.

Extrait d'un mémoire sur la salseparine, présenté par M. Thubeuf à l'académie de médecine, le 3 juin 1834.

Pour obtenir le principe actif de la salsepareille, qu'il désigne sous le nom de salseparine, M Thubeuf épuise la salsepareille de son principe amer, au moyen de l'alcool chaud, il distille au bain-marie jusqu'à retirer les sept-huitièmes de l'alcool employé; la liqueur restante, traitée par le charbon animal et filtrée, au bout de quarante-huit heures, laisse déposer la salseparine sous forme d'une poudre grenue qui peut être obtenue cristallisée, si on la redissout dans l'alcool. Les eaux-mères alcooliques sont évaporées à siccité et le produit dissous dans l'eau et filtré peut encore fournir de nouveaux cristaux. La salseparine est un corps neutre, sans odeur, cristallisé sous forme de mamelons radiés. Elle communique à l'eau le goût âcre et amer de la salsepareille, ainsi que la pro-

priété de mousser par l'agitation; elle se dissout à froid dans les acides sulfurique, hydrochlorique et nitrique.

D'après M. Henry, ce nouveau principe est formé de :

Carbone.	62,84
Hydrogène.	10,22
Oxigène.	27,60
Total. . .	100,66

Ce qui donne pour son poids atomique 366,76 et sa formule : $OC^5 H^6$.

Sur les substances salines contenues dans les fruits du sumach des corroyeurs; par J.-B. Trommsdorff. (*Annalen der pharmacie, juin* 1834, pag. 328.) Extrait et traduit de l'allemand, par M. Valet.

Les jeunes branches et les feuilles de sumach sont, comme on sait, très employées dans le tannage des cuirs. Les fruits de cet arbrisseau se distinguent par une saveur acide légèrement astringente. M. Trommsdorff qui avait cru devoir, il y a quarante-six ans, attribuer cette saveur à du tartrate acide de potasse, a reconnu dernièrement qu'elle n'était due qu'à l'acide malique combiné avec la potasse, mais principalement avec la chaux à l'état de sursel. La saveur acide réside principalement dans le duvet qui recouvre les fruits. Ils contiennent en outre beaucoup de tannin et une matière colorante rouge.

On peut s'en servir avec avantage pour obtenir de l'acide malique pur. A cet effet on épuise le sumach par infusion dans l'eau bouillante, on évapore en partie les liqueurs, on les passe et on continue l'évaporation. On obtient bientôt une grande quantité d'un sel acide que l'on sépare du liquide épais au milieu duquel il se forme. On le purifie en le dissolvant et le soumettant à une nouvelle cristallisation. On le dissout de nouveau dans l'eau, on précipite la chaux par le carbonate de potasse et l'acide malique par l'acétate de plomb; enfin on décompose le malate de plomb par l'hydrogène sulfuré, et on obtient immédiatement de l'acide malique pur en aiguilles. — Si dans les eaux-mères épaisses des cristaux de malate calcaire, on verse une solution chaude de gélatine animale, et si après avoir séparé le premier précipité de gélatine et de tannin, on clarifie au blanc d'œuf, on obtient une liqueur complétement débarrassée de tannin et capable de fournir encore d'abondans cristaux de malate de chaux.

Préparation de la codéine, par E. Merck, de Darmstadt. (*Annalen der pharmacie, septembre* 1834, pag. 279.)

M. Merck dit obtenir la codéine d'une manière très simple, en traitant à froid par l'alcool la morphine précipitée par la soude, saturant avec précaution la teinture alcoolique par l'acide sulfurique, retirant l'alcool, étendant le résidu d'eau froide jusqu'à ce que la liqueur ne se trouble plus, filtrant de nouveau, faisant évaporer ce liquide filtré jusqu'en consistance sirupeuse, y versant après le refroidissement de l'éther dans un flacon de grande capacité, ajoutant alors une solution de potasse caustique en excès et agitant le tout avec force, la liqueur éthérée est alors tellement saturée que la codéine s'en dépose en cristaux au bout de peu d'heures. En faisant évaporer l'éther et traitant le résidu par l'alcool, on obtient peu à peu la codéine à l'état de pureté complète et exempte d'une huile qui apporte de grands obstacles à la cristallisation.

Nous remarquons dans l'extrait du procès-verbal de la Société de Pharmacie, que M. Henry est parvenu à obtenir à l'aide du tannin plusieurs alcaloïdes et notamment ceux de la famille des solanées, indiqués par MM. Hesse et Geiger, et qu'il a présenté à la Société des cristaux d'atropine.

Le numéro du Journal de Pharmacie est terminé par un article nécrologique plein d'intérêt sur M. Laubert, ancien pharmacien en chef des armées, inspecteur-général du service de santé militaire, commandeur de l'ordre royal de la légion d'honneur, membre de l'Académie de Médecine, etc., qui vient de mourir à Paris, dans sa soixante-douzième année. Nous reviendrons, dans un prochain numéro, sur la vie et les ouvrages de M. Laubert dont le nom est un des plus beaux qui honorent le pharmacie française.

JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

Observations sur la rosée des marais; par M. Julia Fontanelle.

Note sur l'enallochrôme ou polychrôme; par M. Buchner fils.

Note sur l'eau minérale de Saint-Herblon (Loire-Inférieure); par M. Trevet.

Note sur les salines iodifères des Andes; par M. Boussingault.

Eau de puits iodurée; par M. Geatano.

De l'emploi du chlore dans les maladies des poumons.

Note sur une substance nouvelle nommée enallochrôme (polychrôme); par M. L.-A. Buchner fils.

On avait observé que les décoctions ou infusions aqueuses et alcooliques de quelques substances végétales, telles que l'écorce de marronnier d'Inde, de bois de quassia, etc., placées sous certaines influences et particulièrement à la lumière reflétée et au contact d'un alcali, pouvaient prendre alternativement les couleurs bleue, verte et jaune. Cette propriété fut attribuée à une substance particulière que l'on designa sous le nom de polychrôme, mais qui peu connue jusqu'à ce jour vient d'être soumise à un examen attentif par MM. Buchner fils et Herberger, après avoir été isolée de l'écorce du marronnier d'Inde.

Pour l'obtenir, on prépare un extrait aqueux de cette écorce, on le dissout dans de l'eau et on précipite par le sous-acétate de plomb; on filtre, on sépare l'exces de plomb au moyen d'un courant d'hydrogène sulfuré, et on évapore en consistance sirupeuse. Au bout de quelques jours, l'énallochrôme se dépose en une masse granuleuse que l'on purifie par des lavages à l'eau froide. Ainsi préparé, il est sous forme de cristaux blancs, granuleux, amers, solubles dans 300 parties d'eau froide, 120 d'alcool absolu et 100 d'alcool à 32°, solubles aussi dans l'eau acidulée ou alcaline, insolubles dans l'é-

ther et les huiles volatiles; mais caractérisés surtout par la propriété de présenter, lorsqu'ils sont dissous dans l'eau ou dans l'alcool, ces phénomènes de coloration dont nous avons parlé.

Pour faire paraître la couleur bleuâtre, il suffit de plonger dans un verre d'eau un morceau de papier sur lequel il n'existe même que des traces de polychrôme pur. La plupart des acides font disparaître la couleur bleue et les alcalis la reproduisent. L'acide nitrique étendu d'eau dissout le polychrôme et prend une couleur jaune que la potasse convertit en beau rouge. — On a profité de cette propriété du polychrôme pour donner des couleurs agréables à certains liquides. Le quinquina jaune et le sulfate de quinine paraissent contenir un principe analogue au polychrôme : tout le monde sait en effet qu'une solution de sulfate acide de quinine présente une couleur bleue très remarquable.

Note sur l'eau minérale de Saint-Herblon, arrondissement d'Ancenis (Loire-Inférieure), par G. Trevet.

Il résulte de l'analyse de M. Trevet que cette eau minérale contient par litre :

Sulfate de chaux. . . .	0,1080
Chlorure de sodium. .	0,1420
Chlorure de calcium. . .	0,0800
Protoxide de fer. . . .	0,0333
Carbonate de chaux. .	0,0045

F. B.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Baltimore medical and surgical journal.

(*Avril* 1834.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Observations sur la lithotomie, avec la description des instrumens employés par l'auteur, et d'une table sur laquelle il place le malade;* par le professeur Smith. 2° *Méthode pour effectuer la délivrance dans le cas de déformation du bassin;* par le docteur Meigs. 3° *Sur la nature de la maladie improprement appelée* délirium tremens, *ou* mania à potu; par le docteur Baron. 4° *Observation d'hydrothorax,* etc.; par le docteur Logan. 5° *Remarques sur la mort instantanée, sans lésion appréciable d'organes, par le prétendu vent du boulet;* par le docteur Tolifree. 6° *Ligature de l'artère crurale pour un anévrysme de la poplitée;* par le docteur Smith. 7° *Remarques sur le traitement de la gastro-entérite folliculaire;* par le docteur Geddings.

Observations sur la lithotomie, avec la description des instrumens, etc. — Après avoir fait ressortir la difficulté de faire pénétrer, d'un seul coup, la pointe du bistouri dans la rainure du cathéter, les inconvéniens d'une plaie résultant de plusieurs incisions successives, et faites avec des instrumens différens; enfin, le danger des manœuvres trop longuement répétées pour charger la pierre, l'ingénieux professeur de l'université de Maryland décrit les instrumens qu'il a imaginés pour atténuer ces chances défavorables, et dont nous ne pouvons donner ici qu'une idée sommaire et incomplète. Au lieu de cathéter, il emploie une sonde creuse ordinaire, à parois très épaisses. Un peu au dessous de la courbure de l'instrument, commence une fente qui pénètre dans sa cavité, et qui se prolonge, en décrivant un quart de tour d'une spirale très allongée, jusqu'au bout de la sonde, terminée en cul-de-sac. Un petit appareil, que nous ferions difficilement comprendre sans un dessin, dirige la pointe du bistouri dans l'origine de la fente; l'opérateur peut ainsi l'y plonger hardiment, et, en abaissant la main, en même temps que le couteau file rapidement jusqu'au cul-de-sac de la sonde, achever l'incision d'un seul coup, sans avoir à craindre que, dans la promptitude du mouvement, l'instrument tranchant abandonne la coulisse profonde dans laquelle il est engagé. Pour terminer l'opération, M. Smith emploie des tenettes fort courtes; mais, au moyen d'un instrument, assez analogue à une branche isolée de forceps, qu'il introduit dans le rectum, il pousse le calcul derrière les lèvres de l'incision. Il s'élève avec force contre l'habitude de placer une canule dans la plaie; ce corps étranger ne garantit point les parties divisées du contact de l'urine; il les irrite lui-même, et provoque des contractions continuelles de la vessie. Nous ne dirons rien de la table employée par M. Smith; elle n'a d'autre mérite que celui de remplacer des aides.

Méthode pour effectuer la délivrance dans le cas de déformation du bassin. — M. Meigs a eu deux fois l'occasion d'accoucher une femme chez qui le diamètre sacro-pubien du bassin n'était que de deux pouces. La première fois, il se borna à vider le crâne de l'enfant, et malgré cela le travail fut très pénible et très long; car la base du crâne est large d'environ quatre pouces. La seconde fois, il ne se contenta pas de pratiquer l'excérébration; mais il enleva encore la majeure partie des os de la voûte par fragmens plus ou moins volumineux; ce qui lui permit d'incliner suffisamment la base du crâne pour lui faire franchir avec facilité le détroit supérieur. Il propose de perforer le crâne avec un trocart, et de ne pratiquer le dépècement de la voûte que vingt-quatre heures plus tard; les fragmens se détachent alors avec infiniment plus de facilité. Dans ce second temps de l'opération, on emploie des pinces à mors droites pour l'hémisphère placé au dessus du détroit, et des pinces courbes pour l'hémisphère qui repose sur le pubis, et qui chasse en avant les parois de l'abdomen.

Ligature de l'artère fémorale pour un anévrysme de la poplitée, etc. Le cas rapporté par M. Smith prouve qu'il ne faut pas trop tôt désespérer, et recourir à une nouvelle opération qui peut n'être pas indispensable. Un homme de trente ans était affecté d'un anévrysme de l'artère poplitée; on fit la ligature de la crurale, au tiers inférieur de la cuisse. Le malade commit l'imprudence de se livrer aux plaisirs de l'amour, et de se promener dans sa chambre. Le douzième jour après l'opération, un éternuement violent fit jaillir un flot de sang autour de la ligature. L'hémorrhagie s'étant renouve-

lée, malgré des saignées abondantes et répétées, on lia l'artère crurale au dessus de la musculaire profonde. Tout marcha bien les premiers jours, sauf que la plaie ne se réunit pas par première intention comme celle qui était résultée de l'opération précédente. Le huitième jour une hémorrhagie effrayante eut lieu; le malade nageait dans le sang, le pouls était insensible, la face cadavéreuse, l'agitation excessive. L'on songea à lier l'iliaque externe, on en fut détourné par la crainte d'un troisième accident contre lequel il ne resterait plus aucune ressource, et l'on se borna à placer sur l'ouverture du vaisseau plusieurs morceaux d'éponge superposés, et maintenus par un bandage convenable. La guérison était complète au bout de quinze jours; et, ce qu'il y eut de remarquable, ce fut qu'un anévrysme de la même artère du côté opposé, moins volumineux que celui qui avait exigé l'opération, avait presque entièrement disparu.

—

MÊME JOURNAL.

(*Juillet* 1834.)

Articles originaux. — 1° *Réflexions pratiques sur le choléra;* par le docteur Harrison. 2° *Notice sur le céphalotribe de M. Baudelocque;* par le docteur Mac-Phail. 3° *Identité du virus variolique, et du virus vaccin;* par le docteur Mac-Phail. 4° *Observations sur l'histoire de la syphilis et sur l'opinion de Carmichaël et de sir George Ballingham relativement à son origine européenne;* par le docteur Tolifree. 5° *Hernie ombilicale congéniale;* par le docteur Robinson. 6° *Atrésie du vagin, à la suite d'un traitement mal approprié;* par le docteur Jefferson White. 7° *Observations sur l'ischurie rénale;* par le docteur De Léon. 8° *Réflexions sur la pathologie et la thérapeutique de l'anémie et de l'oligémie;* par le docteur Geddings. 9° *Rapport sur divers cas de chirurgie;* par le docteur Smith.

Identité du virus variolique et du virus vaccin. L'on sait que le docteur Sonderland a prétendu prouver par des expériences directes l'identité du virus vaccin et du virus variolique, et que, par d'autres expériences, le docteur Neumann d'Utrecht a prétendu établir le contraire. J'ai rapporté ces dernières dans un des derniers numéros des *Transactions médicales*, et j'ai dit qu'elles ne me paraissaient pas concluantes. M. Mac-Phail avait vérifié l'opinion de M. Sonderland avant qu'elle fût attaquée par M. Neumann; en inoculant à plusieurs vaches le virus recueilli sur des boutons de variole confluente, il avait obtenu une éruption dont le produit, inséré chez plusieurs enfans, avait donné lieu à tous les phénomènes qui accompagnent la vaccination. Ses expériences, communiquées à la Société Médicale de Baltimore, en 1831, exposées avec détail dans sa thèse (1832, Université de Maryland), ont fait le sujet d'un Mémoire présenté la même année à l'Académie des Sciences de Paris. Il s'en réfère à ces documens dont l'indication sera sans doute agréable aux personnes qui se trouveraient en position d'éclaircir cette question importante sous plus d'un rapport.

Hernie ombilicale congéniale. La tumeur descendait jusque sur les genoux de l'enfant, et contenait la presque totalité du paquet intestinal, *elle était recouverte seulement par le péritoine;* la réduction fut impossible. M. Robinson pense que ses efforts eussent pu être couronnés de succès, si, au lieu de tenter la réduction en masse, il eût cherché à opérer une réduction partielle qui aurait progressivement dilaté la cavité abdominale. Il aurait employé, dit-il, des bols de porcelaine d'un diamètre décroissant.

Cas d'atrésie du vagin, etc. Une négresse affectée de choléra spasmodique fut traitée par un charlatan qui lui administra onze vomitifs avec la racine de lobelia, et douze lavemens avec le poivre rouge. Elle résista à la maladie, et, ce qui est plus étonnant peut-être, au traitement. Mais la plupart ou peut-être la totalité des clystères avaient été introduits dans le vagin au lieu de l'être dans l'anus; la membrane vaginale s'enflamma, tomba en gangrène, et le canal fut complétement oblitéré par l'adhérence de ses parois, à l'exception d'un espace fort limité en arrière où l'on pouvait à peine introduire l'extrémité du petit doigt. M. Jefferson fit une incision d'un pouce et demi de longueur sur la cicatrice même de l'orifice vaginal; puis, disséquant avec précaution, de manière à éviter le rectum et la vessie, et se servant de son doigt comme conducteur, il arriva, par une dissection laborieuse, à une profondeur de cinq pouces. Là, il trouva le col de l'utérus parfaitement libre dans la partie supérieure du vagin, laquelle n'était point oblitérée. A l'instant où le bistouri ouvrait cette cavité, il s'en échappa une grande quantité de sang menstruel dont l'accumulation avait déterminé d'atroces douleurs. Le diamètre du canal fut maintenu au moyen d'une grosse bougie enduite de cérat jusqu'à parfaite cicatrisation. L'opération fut sans inconvénient, et depuis lors, la menstruation s'est faite avec régularité.

Rapport sur divers cas de chirurgie, etc. Chez un individu affecté de cancer de la face, M. Smith a enlevé, par quatre opérations qui se sont succédé à quelques mois d'intervalle, la majeure partie des joues, et la presque totalité de la mâchoire inférieure. La maladie s'est toujours reproduite sur la cicatrice. — *Extirpation de tumeurs enkystées, situées au col. — Sarcôme médullaire traité avec succès par des remèdes locaux et généraux.* Un jeune homme de vingt-cinq ans portait deux tumeurs (l'une à la pommette, l'autre sur la clavicule), adhérentes au périoste, dures au pourtour de leur base, molles et élastiques dans leur centre, livides et violacées à leur sommet. Ces caractères suffirent à M. Smith pour reconnaître dans ces tumeurs de véritables sarcômes médullaires; l'iode administré à l'intérieur et le mercure employé sous forme d'emplâtre amenèrent la résolution de la base indurée des tumeurs, et plus tard celle de leur centre élastique.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

Edinburgh medical and surgical journal.
Octobre 1834.

ARTICLES ORIGINAUX : 1° *Observations communiquées par la société médico-chirurgicale d'Edimbourg;* 2° *Observations*, par M. Hamilton, à Falkirk; 3° *Cas de médecine pratique*, par John Scott; 4° *Sur la leucorrhée utérine*, par Churchill; 5° *Autopsie d'un individu mort d'une pleurésie chronique avec épanchement, ossification générale de la plèvre gauche*, par Thurnam; 6° *De l'existence du charbon dans les poumons*, par le docteur Graham; 7° *Observations sur l'usage de l'arsenic dans les affections cutanées*, par le docteur Thwaites; 8° *Rapport sur la dysenterie observée dans la maison de travail de la Charité d'Edimbourg, avantages du calomel administré à haute dose*, par le docteur John Smith; 9° *Remarques sur la grossesse extra-utérine*, par le docteur Ingleby; 10° *Effets funestes des plaies par instrumens piquans et des blessures de l'orbite*, par le docteur John Scott; 11° *Observations communiquées à la société anatomique d'Edimbourg;* 12° *Bronchitis dû à la présence des corps étrangers dans les voies aériennes*, par le docteur Craigie.

Observations communiquées par la société médico-chirurgicale d'Edimbourg. Ces observations, au nombre de plus de vingt, ont toutes rapport à des affections de l'encéphale ou de la moelle épinière et de leurs dépendances. Nous en citerons seulement quelques unes. — *Paralysie du nerf de la troisième paire (moteur oculaire commun).* A la suite d'une débauche, paralysie de l'œil, strabisme divergent, vision double, céphalalgie intense. Les sangsues, les ventouses scarifiées, les saignées même restent sans succès; la maladie cède à l'emploi du calomel, poussé jusqu'à la salivation. — *Paralysie de la portion dure de la septième paire, des deux côtés.* Un jeune homme d'une complexion moyenne, admis à l'hôpital pour une fièvre inflammatoire qui se termina par une sueur extrêmement abondante, fut attaqué, pendant sa convalescence, d'une paralysie des lèvres, des joues, des paupières. Il ne pouvait ni froncer le sourcil, ni abaisser complétement la paupière supérieure, ni rire, ni siffler. Les parties paralysées jouissaient d'ailleurs d'une sensibilité parfaite, et la santé générale du malade était satisfaisante. Le calomel fut employé encore, mais sans autre résultat que de provoquer une éruption abondante (impetigo) sur toute la face. — Après quelques jours d'une vive douleur au côté droit de la face, chez un autre jeune homme, on s'aperçut d'une paralysie semblable à la précédente. Des saignées, des vésicatoires furent conseillés, et produisirent un amendement incomplet. Le malade dégoûté renonça à toute espèce de traitement; et, peu de temps après, il se trouva parfaitement guéri. — Chez un troisième individu, après la suppression d'un écoulement habituel par l'oreille, mêmes accidens, surdité, céphalalgie, jaunisse, dépendant d'une affection du pancréas, mort. A l'autopsie on trouva une tumeur cartilagineuse sur le rocher. — Deux autres malades présentèrent : la première, un chapelet de tumeurs squirrheuses qui avait déterminé l'érosion du rocher et d'une partie de l'occipital; l'autre, des cavités apoplectiques anciennes dans le corps strié, et la protubérance annulaire.

Ossification de la plèvre gauche. Un jeune homme de vingt-neuf ans s'enivra, se battit avec ses camarades, et passa la nuit exposé au froid et à la pluie. Le lendemain, augmentation de la difficulté de respirer à laquelle il était sujet depuis long-temps, crachats sanglans, mort le troisième jour. A l'autopsie on trouva la pointe du cœur déviée à droite, et la plèvre costale droite entièrement ossifiée; elle contenait sept à huit pintes d'un liquide brunâtre, pultacé; le poumon était refoulé vers la clavicule. Les adhérences de la membrane séreuse dégénérée aux côtes et au diaphragme étaient faciles à détruire, et l'on put l'enlever presque d'une seule pièce; elle représentait un vaste kyste ovoïde dont les parois avaient de deux à trois lignes d'épaisseur. La surface interne était fort irrégulière, parsemée de diverses cavités, enduite d'une matière épaisse, brunâtre, mais sans aucune trace de membrane séreuse. La plèvre pulmonaire n'avait pas subi une transformation aussi complète, et l'on retrouvait çà et là sa texture normale.

Usage de l'arsenic dans les maladies de la peau. Une dame fut prise, après une forte insolation, d'un érysipèle de la face qui s'étendit au col et aux oreilles, puis disparut complétement. Au bout de quelques jours une éruption pustuleuse se manifesta sur le siége de l'érysipèle, fit des progrès, et résista à tous les moyens mis en usage. Au bout de plusieurs années, le docteur Thwaites fut consulté; il employa d'abord sans succès les préparations d'iode, et eut enfin recours à l'arsenic. La solution arsenicale fut administrée à la dose de deux gouttes, répétée trois fois le jour; on en vint par degrés à vingt ou vingt-quatre gouttes par jour. Alors la malade se plaignit de malaise, de céphalalgie, d'un sentiment de plénitude vers l'estomac, d'enflure des pieds, etc. On diminua les doses d'arsenic avec les mêmes gradations qu'on avait suivies en les augmentant; petit à petit la desquamation eut lieu; il ne survint point de nouvelles pustules, et la peau laissée à découvert par la chute des croûtes prit de jour en jour un meilleur aspect. M. Thwaites cite plusieurs cas dans lesquels il a obtenu le même succès. Il conclut que l'arsenic ne doit pas être administré pendant la période inflammatoire des maladies cutanées, et qu'il perd de sa vertu spécifique, lorsqu'il est administré à trop haute dose.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Wissenschaftliche annalen der gesammten Heilkunde.

(Journal de Hecker, septembre 1834.)

1° *Essai historique sur les épidémies de fièvre pourprée*, par le docteur Rosembaum ; 2° *Remarques sur la variole, la varioloïde, le vaccin et la varicelle*, par le docteur Steinheim (conclusion); 3° *Sur la topographie médicale de Pétersbourg et d'Odessa.*

Journal der praktishen Heilkunde.

(Journal de Hufeland, août 1834.)

1° *Observations pratiques, etc.*, par le docteur Krimer : 1° *Sur les maladies qui ont dominé dans la ville et le territoire d'Aachen, etc.*; 2° *Fracture remarquable du crâne chez un enfant*; 3° *empoisonnement par les moules*; 4° *De l'acétate de plomb contre les hémorrhagies*; 5° *Conformation vicieuse du cœur considérée comme cause probable de suicide.* — II. *Que la rougeole est* ens per se, *et n'a aucune affinité avec la scarlatine*, par le docteur Wagner. — III. *Du galvanisme et de son action chimique et pharmaceutique sur l'organisme*, par le docteur Schrœder. — IV. *Mort par brûlure et asphyxie*, par le docteur Graff.— V. *Nouvelles et extraits* : 1° *Guérison d'un gonflement avec induration du testicule*, par le docteur Günther; 2° *Notice mensuelle sur l'état sanitaire, les naissances et les décès, etc., à Berlin.*

Fracture remarquable du crâne. Un enfant de dix ans se laisse choir dans un escalier fort roide; il tombe sur la tête, d'une hauteur d'environ quinze pieds, reste sans connaissance pendant quelques minutes, se relève, et rentre chez sa mère en étouffant ses plaintes de peur d'être grondé. Au bout de deux heures, vomissemens, céphalalgie, gonflement considérable du côté droit de la tête, sous lequel on reconnaît une fracture de l'angle antérieur supérieur du pariétal. La pression, exercée en ce point, engourdit le blessé; du reste, la respiration et les fonctions des sens s'exécutent régulièrement. Une émission pratiquée au centre de l'enflure fait voir l'angle du pariétal complétement détaché de cet os, le coronal et le pariétal opposés, fortement déprimés, et dégagés de leurs adhérences avec la dure mère. On applique une couronne de trépan, et l'on enlève le fragment osseux; les vomissemens cessent. Après quelques jours d'un mieux trompeur, les symptômes de compression se renouvellent, le cerveau fait hernie par l'ouverture du trépan; on enlève avec le couteau l'espèce de champignon que forme la matière cérébrale, non sans hémorrhagie, mais sans douleur. La hernie se reforme; divers caustiques sont employés sans succès; la compression détermine de graves accidens qui forcent d'y renoncer. A cela près le malade est fort bien; il passe les journées hors du lit, et toutes ses fonctions, *soit psychiques*, *soit physiques*, s'exécutent parfaitement. Au bout d'environ *six semaines*, le champignon a atteint le volume d'une grosse pomme. A cette époque, après avoir passé une nuit excellente, l'enfant se lève, s'habille seul, lit, écrit, se met à table pour déjeûner; il y est à peine assis que sa face se convulse et qu'il tombe mort à l'instant même. A l'autopsie on reconnaît que la fracture s'étend au pariétal gauche, et le traverse tout entier; que l'angle antérieur inférieur de cet os est séparé du temporal, qui lui-même ne tient plus à la grande aile du sphénoïde, dont le corps est également séparé de la pointe du rocher; que la fracture se continue au travers du corps du sphénoïde, en passant derrière les apophyses clinoïdes postérieures, gagne l'angle inférieur postérieur du pariétal droit, et là se divise en deux branches, l'une desquelles va rejoindre le point de départ reconnu pendant la vie. Le désordre du cerveau est plus grave encore : le champignon, qui s'échappait par l'ouverture due à l'application du trépan, a complétement disparu, et se trouve remplacé par une excavation considérable (cinq pouces cubes). La moitié supérieure de l'hémisphère droit du cerveau est détruite jusqu'au niveau du corps calleux; ce qui en reste est couvert d'une couche de matière fongoïde épaisse d'environ trois lignes; au dessous de cette couche, le cerveau est dans l'état normal, quoique un peu ramolli. La substance grise a disparu, la blanche forme une lame de quatre lignes d'épaisseur au dessus du ventricule latéral qui, ainsi que les trois autres, est rempli de sérosité. Les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang. La dure mère est décollée sous le pariétal droit, elle n'est enflammée que dans le voisinage de l'incision; l'arachnoïde manque sur toute la surface fongueuse, elle est épaissie, rouge, couverte de pus et d'exsudations membraniformes, au pourtour de la déperdition de substance cérébrale.

Bien que ce fait ne puisse guère donner lieu à des conclusions pratiques immédiates, il nous a paru trop curieux sous le rapport physiologique et symptômatologique pour ne pas le faire connaître à nos lecteurs.

Empoisonnement par les moules. Après avoir adressé de graves reproches aux hygiénistes et aux médecins légistes sur la légèreté avec laquelle ils ont traité l'empoisonnement par les moules, l'auteur réfute les diverses opinion émises sur les causes des qualités malfaisantes de cet aliment. Suivant lui, la moule, à quelque variété qu'elle appartienne, doit ses propriétés vénéneuses à un état de maladie, dépendant de la saison, et d'autres circonstances particulières. Ces propriétés ne se développent jamais en hiver, mais bien dans l'équinoxe du printemps, lorsque les tempêtes rejettent des quantités énormes de moules dans les courans d'eau douce, et que ces animaux s'ouvrent spontanément dans le transport. Il se fonde sur ce que leur usage ne détermine jamais d'accidens chez les habitans des côtes, qui les mangent frais et crus. Il nie que la couleur noire que prennent quelquefois un ognon ou une cuiller d'argent dans

la sauce où cuisent des moules soit due à la présence d'une moule *vénéneuse;* les moules gâtées dégagent de l'hydrogène sulfuré, leur odeur repoussante empêche qu'on ne les mange, et si, par mégarde, on en avale une, cette méprise n'a aucune suite fâcheuse. M. Krimer ne réfute pas aussi victorieusement la théorie dans laquelle on admet que la moule est particulièrement nuisible à certaines idiosyncrasies. Quoi qu'il en soit, il reconnaît deux degrés d'empoisonnement : l'un aigu, accompagné de céphalalgie, de gastralgie, de malaise, de symptômes fébriles, d'exanthème, etc.; l'autre chronique, sans éruption cutanée, dont les symptômes ont une moindre énergie, mais une durée plus longue. Les deux exemples qu'il en cite n'offrent rien de neuf; il a eu recours dans tous deux à la saignée et aux émétiques.

De l'acétate de plomb administré à l'intérieur, dans les hémorrhagies. Le succès avec lequel on a employé quelquefois l'acétate de plomb pour réprimer les secrétions et les exhalations trop abondantes, et surtout l'usage que les Anglais en ont fait, à très haute dose, contre les salivations rebelles, ont déterminé M. Krimer à recourir à ce médicament dans un cas désespéré d'hémoptysie. Voici la manière dont il l'a prescrit :

℞. Acétate de plomb pur, deux grains;
Opium pur, un quart de grain;
Sucre de lait, quatre grains.

Faites six pilules, à prendre une à une de deux heures en deux heures. Il a obtenu le même résultat dans deux cas très graves de métrorrhagie. Il a cru trouver quelques avantages à ajouter à la formule ci-dessus *trois grains d'acétate d'amoniaque*, et cinq grains de sucre de lait au lieu de quatre. Le plomb n'a déterminé aucun accident.

Guérison d'un gonflement avec induration du testicule, chez un vieillard de quatre-vingts ans, affecté d'hématurie et d'incontinence d'urine. On avait employé plusieurs fois avec succès, chez ce malade, les applications saturnines, et l'infusion de ciguë et de jusquiame. Le gonflement du testicule s'étant renouvelé, on eut recours, mais en vain, à l'hydriodate d'ammoniaque. Enfin, au bout de cinq semaines on prescrivit, indépendamment de l'usage des laxatifs, un emplâtre composé de savon, et de quantités égales d'extraits de ciguë, de jusquiame et d'opium. Huit jours plus tard, il se fit, à la partie inférieure du testicule, une ouverture grosse comme une tête d'épingle, par laquelle il s'écoula un peu de sérosité lactifiante; la guérison suivit de près.

III. — MÉLANGES.

NOUVELLES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours de l'agrégation.

Des concours seront ouverts devant la Faculté de médecine de Paris, pour douze places d'agrégés stagiaires :

1° Pour la médecine, le 15 avril 1835, cinq places;

2° Pour la chirurgie et les accouchemens, le 15 juin 1835, cinq places;

3° Pour les sciences accessoires (physique, chimie, anatomie et physiologie), le 15 novembre 1835, deux places.

Les conditions de présentation sont :

1° D'être docteur en médecine;

2° D'avoir vingt-cinq ans accomplis, et d'être naturalisé français.

MM. les candidats devront être inscrits :

1° Avant le 15 février 1835;
2° Avant le 15 avril 1835;
3° Avant le 15 juin 1855.

—

Le gouvernement égyptien vient de faire demander, pour ses Écoles de médecine et ses hôpitaux, cinquante collections complètes du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

M. Fourcade, médecin de l'hôpital d'Ezhékiéh, au Caire, l'un de nos correspondans, nous écrit, en date du 31 octobre 1834, la lettre la plus flatteuse, dans laquelle il nous annonce, outre sa collaboration active, la traduction prochaine de notre Journal en arabe, par M. Clot-Bey.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 octobre 1834.

M. Vallot, de Dijon, adresse quelques renseignemens sur les différens travaux relatifs à l'*acarus scabiei.*

— M. Baudin, médecin en chef de l'hôpital militaire du lazaret de Marseille, adresse un mémoire sur les inconvéniens des quarantaines. Ce mémoire est renvoyé à la commission chargée de rendre compte des mémoires de MM. Chervin, Anquetil, Duperron, Lassis, etc., sur la même question.

— M. Jacquemin envoie un mémoire allemand sur l'anatomie et la physiologie du cerveau. Commissaires : MM. Duméril, Blainville et Geoffroy.

— M. de Blainville fait en son nom et celui de M. Duméril un rapport sur des notes envoyées à l'Académie par MM. Renucci, Baude et Sédillot, ayant pour sujet le ciron de la gale.

— Le même académicien fait en son nom et celui de M. Isidore Geoffroy un rapport sur une communication de M. Lherminier relative à un oiseau crépusculaire de l'Amérique du sud, le *Guacharo.*

— M. Savary fait en son nom et celui de MM. Delalande et Mathieu un rapport sur un mémoire de M. Eugène Bouvard relatif à l'influence de la lune sur l'atmosphère.

— M. d'Arcet fils lit un mémoire sur l'acide succinique, sa composition et ses combinaisons.

L'acide succinique, distillé à plusieurs reprises avec un corps très avide d'eau, comme l'acide phosphorique, perd son eau de composition et passe à l'état anhydre, état dans lequel on le trouve ainsi dans le succinate d'argent, dont l'auteur donne l'analyse, qui s'accorde parfaitement avec la composition anatomique qu'il a trouvée à l'acide; que combiné avec l'éther, il forme un acide succinique prévu par M. Thénard, acide qui se décompose lentement à la lumière diffuse, et lentement à la lumière solide. Le chlore et le gaz ammoniaque sont sans action sur cet éther. Agité avec de l'ammoniaque liquide, l'éther disparaît, et il se forme un précipité d'une matière blanche cristalline.

Séance du 13 octobre.

Composition de l'atmosphère. — M. Chevalier annonce qu'il a entrepris sur ce sujet un travail non encore terminé, mais dans lequel il a déjà obtenu les résultats suivans:

1° Qu'en général l'air atmosphérique de Paris et de beaucoup d'autres lieux tient en dissolution de l'ammoniaque et des matières organiques.

2° Que la rosée, c'est-à-dire l'eau abandonnée par l'air, au moment de son refroidissement, renferme de même de l'ammoniaque et des matières organiques.

3° Que cette quantité d'ammoniaque est quelquefois assez considérable.

4° Que la présence de cet ammoniaque s'explique facilement, puisqu'il y a production de ce gaz dans une foule de circonstances.

5° Que la composition de l'air atmosphérique peut varier dans quelques localités, en raison d'un grand nombre de circonstances particulières, la nature du combustible employé en grandes masses, la décomposition des matières animales et végétales, etc. C'est ainsi que l'air atmosphérique de Londres contient de l'acide sulfureux, que l'air des égoûts contient de l'acétate et de l'hydro-sulfate d'ammoniaque, que l'air pris dans le voisinage des bassins de Monfaucon contient de l'ammoniaque et de l'hydrosulfate de la même base.

— M. le colonel Jules Marnier écrit qu'il a vu au mois d'août dernier, dans le département de Seine-et-Oise, une partie de route couverte de petits crapauds, du volume d'un haricot, qui n'y étaient pas un quart d'heure auparavant. Dans l'intervalle, il avait plu. M. Marnier ne doute point que tous ces petits crapauds n'aient été apportés par le nuage et ne soient tombés avec la pluie.

M. Duméril fait remarquer que des faits de ce genre ne sont point rares, mais qu'on en doit seulement conclure que la pluie fait sortir les crapauds de leur retraite.

— M. Payen adresse un mémoire sur la détermination précise des caractères de l'amidon.

— M. Barthélemy Bizio adresse de Venise un mémoire italien, intitulé: *Chimie conchyliologique, et spécialement recherches sur les coquillages purpurifères et la pourpre des anciens.*

— M. Duméril fait en son nom et celui de M. Isidore Geoffroy un rapport sur un mémoire de M. Dugès, relatif à une espèce de serpent des environs de Montpellier.

— M. Geoffroy lit un mémoire ayant pour titre: *Nouvelle révélation d'oviparité chez les monotrèmes.*

Séance du 20 octobre.

Électricité animale. — M. Mateucci a répété les expériences rapportées, il y a quelques mois, dans un Mémoire de M. Donné, sur l'électricité animale; il a reconnu, qu'en effet, chez les animaux vivans, la peau et la membrane muqueuse de la bouche sont dans un état d'électricité opposé; mais il lui a été impossible de rien voir de semblable chez ceux où la vie était complétement éteinte. Il rejette en conséquence la théorie proposée par M. Donné, qui considère ce fait comme tenant à ce que les liquides qui enduisent une des surfaces sont acides, tandis que les autres sont alcalins. Lorsqu'on tue promptement l'animal en le décapitant, par exemple, on reconnaît encore pendant quelque temps des traces d'électricité; mais si on emploie pour le faire périr l'acide hydrocyanique, toute électricité disparaît. Or, les liquides n'ont pas eu le temps de s'altérer; ils sont encore l'un acide, l'autre alcalin. Ce n'est donc point à la différence de leur nature qu'il faut rapporter ce phénomène, mais à une action nerveuse. M. Donné rappelle qu'il a cité dans son mémoire des observations faites sur les animaux vingt-quatre heures après leur mort, et dans lesquelles il avait reconnu, quoique à un moindre degré, l'état électrique opposé des deux membranes. Il ne nie pas que l'influence nerveuse n'ait quelque importance dans la production du phénomène. Il ne serait pas éloigné d'admettre que chez les animaux tués par certains moyens mécaniques, cette influence ne fût encore sensible après vingt-quatre heures.

Pluies de crapauds. — L'académie entend plusieurs communications, relatives à des pluies de crapauds. M. Duméril pense, non qu'ils se sont développés dans l'air, mais qu'ils ont été apportés par un coup de vent qui les avait enlevés d'une autre localité.

Les crapauds et les grenouilles qui, suivant l'opinion du peuple, tombent des nues avec la pluie, ne paraissent, en effet, que lorsqu'il a plu un peu; mais ces animaux étaient nés plusieurs jours auparavant, après avoir quitté l'eau où leurs têtards s'étaient développés. Ces grenouilles se trouvent cachées et tapies dans les fentes de la terre, sous les pierres et les mottes, où l'œil ne peut les discerner, à cause de leur immobilité et souvent de leur couleur terne. Au moment de la pluie, on voit sortir par milliers ces petits animaux, qui seraient écrasés par le gonflement de la terre qui les recèle et qui sont d'ailleurs attirés au dehors par l'humidité, que leur peau, d'une finesse extrême, absorbe avec une étonnante rapidité: on voit que tous viennent de naître, car ils portent encore les restes de la queue qui servait à leur mouvement dans l'eau quand ils étaient sous la forme de têtards. Dans ces circonstances, un vent impétueux peut les transporter plus ou moins loin du lieu où ils ont pris naissance.

Anatomie des cétacés. — M. Duméril fait un rapport sur un Mémoire de M. Bourjot-Saint-Hilaire, ayant pour titre : *Considérations sur le nerf facial, et sur son influence dans l'acte de la respiration chez le marsouin.*

On sait que Charles Bell considère le nerf facial, comme spécialement destiné à produire ou à faire concorder les mouvemens de la respiration dans les parties supérieures ou fasciales de l'appareil respiratoire; or, dans le marsouin on trouve extrêmement développés les rameaux destinés aux muscles chargés de faire mouvoir leurs narines si singulières, si compliquées, et qui jouent un si grand rôle dans l'acte de la respiration ; le nerf facial, après sa sortie du crâne, au lieu de s'étaler, comme chez l'homme et les autres mammifères, en filets nombreux, qui se distribuent au nez, aux lèvres, au menton et au cou, se continue sous la forme d'un très gros cordon plexiforme, sans donner une seule branche jusqu'à l'endroit qui communique à la commissure des lèvres ; et là, au lieu de se distribuer dans ces parties et au museau antérieur, il remonte contre sa direction première, pour se jeter, non sous la peau, mais dans les muscles nombreux et puissans qui agissent sur les poches à eau, déterminant la dilatation et le resserrement des évens dans le mécanisme particulier qu'ils sont appelés à exécuter pour l'acte de la respiration.

— M. Boutigny, pharmacien à Evreux, a indiqué à M. le garde-des-sceaux un nouveau moyen pour faire une écriture qui disparaît d'elle-même, de sorte qu'un billet fait avec la liqueur qu'il signale devient du papier blanc au bout d'un certain temps.

— M. le vice-amiral Roussin écrit de Constantinople qu'on vient de ressentir quelques secousses de tremblement de terre, et rappelle la croyance générale du pays, selon laquelle ces tremblemens seraient l'annonce d'une perte très meurtrière.

— M. Arago annonce que le célèbre chimiste Berzelius, de la vie duquel on avait un instant désespéré, est actuellement convalescent du choléra.

— M. Geoffroy répond à plusieurs objections qui ont été faites à ses idées sur les *monotrèmes.*

Séance du 28 octobre.

M. Gannal appelle l'attention de l'Académie sur les papiers cassans que l'on trouve quelquefois aujourd'hui dans le commerce. Il attribue cette mauvaise qualité du papier à l'emploi inconsidéré que l'on fait du chlore pour blanchir la pâte.

— M. Flourens annonce que l'Académie a reçu plusieurs nouvelles communications au sujet des pluies de crapauds.

— M. Duhamel adresse la suite de son mémoire sur les effets mécaniques de la chaleur dans les corps solides.

— M. Morlet adresse un supplément à son mémoire sur le magnétisme terrestre.

— M. de Férussac adresse un mémoire sur deux genres de céphalopodes peu connus : les genres calmar et cranchie.

— M. Duméril fait en son nom et en celui de MM. Isidore Geoffroy et Blainville un rapport sur un ouvrage manuscrit de M. Percheron, intitulé : *Monographie des passales, genre d'insectes de la famille des lamellicornes.*

Séances des 3, 17, 24 novembre et 1er décembre.

Nouvel alcool et produits éthérés qui en proviennent, par MM. Dumas et Péligot.— Considérations sur les monotrèmes, par M. Geoffroy-Saint-Hilaire. — Pluie de crapauds. — Évaporation des sirops. — Ascension au Chimboraço, par M. Boussingault. — Sucre de maïs. — Machine mise en jeu par le magnétisme.

Séance publique annuelle du 8 décembre.

La proclamation des prix décernés cette année a été suivie de la lecture des programmes des prix proposés pour les années 1835 et 1836.

Grand prix des sciences physiques pour 1835. L'Académie rappelle qu'elle a proposé, en 1833, la question suivante : Examiner si le mode de développement des tissus organiques chez les animaux peut être comparé à la manière dont se développent les tissus des végétaux ? Rappeler à cette occasion les divers systèmes des physiologistes, répéter leurs expériences et voir jusqu'à quel point elles s'accordent avec les règles du raisonnement et les causes générales de l'organisation.

S'assurer surtout si les animaux d'un ordre inférieur se développent d'une autre manière que ceux d'un ordre supérieur ; s'il existe aussi dans l'accroissement des acotylédones, monocotylédones et dicotylédones, autant de différences que l'ont cru quelques auteurs ; enfin, si chez les dicotylédones il y a à la fois plusieurs modes d'accroissement.

Le prix consistera en une médaille d'or, de la valeur de 3,000 fr. Les mémoires devront être remis au secrétariat avant le 1er avril 1835, terme de rigueur.

— Prix décerné aux auteurs des ouvrages ou des découvertes jugés les plus utiles à l'art de guérir, ou à ceux qui auront rendu un art ou un métier moins insalubre (prix Monthyon).

L'Académie fait remarquer que les pièces admises au concours n'auront droit au prix, qu'autant qu'elles contiendront une découverte. « Parfaitement déterminer si la pièce a été pro-« duite par l'auteur ; il devra indiquer la partie « de son travail où cette découverte se trouve « exprimée. Les ouvrages ou Mémoires desti-« nés pour ce concours devront être remis avant « le 1er avril 1835. »

— Prix de médecine. L'Académie avait mis au concours pour 1834, la question suivante.

« Déterminer quelles sont les altérations des « organes dans les maladies désignées sous le « nom de fièvres continues.

« Quels sont les rapports qui existent entre « les symptômes de ces maladies et les altérations « observées.

« Insister sur les vues thérapeutiques qui se « déduisent de ces rapports. »

Le prix n'a pas été décerné, mais le sujet est remis au concours d'après les motifs exposés

dans le rapport de la commission et dont nous donnons ici un extrait.

« Parmi le grand nombre des pièces adressées, quatre inscrites sous les numéros deux, six, huit et douze ont paru particulièrement dignes d'attention, et la commission a pensé un moment à partager le prix entre deux des concurrens et à mentionner honorablement les deux autres.

Mais en considérant que, tout en traitant leur sujet avec un talent remarquable, soit dans l'exposition des faits, soit dans leur rapprochement, les auteurs y ont cependant laissé des lacunes véritables ; que, par exemple, les rapports qui existent entre les symptômes des fièvres et les lésions des organes, ainsi que les vues thérapeutiques qui s'en déduisent, ont été en général, sinon négligés, du moins présentés d'une manière beaucoup trop superficielle ; que si ces parties de la question en sont justement le points les plus difficiles, ils en sont aussi les plus importans et ceux qui réclament dans l'intérêt de l'humanité les recherches les plus approfondies;

La Commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner cette année le prix de médecine de M. Monthyon. Elle a l'honneur de proposer à l'Académie de remettre la même question au concours pour l'année 1836, et en même temps de rétablir le prix à sa valeur primitive, c'est-à-dire de le faire consister en une médaille d'or de 10,000 francs.

Le prix consistera donc en une médaille d'or de la valeur de 10,000 francs.

Les Mémoires devront être remis francs de port au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1836.

— Question de chirurgie. L'Académie avait proposé, comme sujet d'un prix à décerner en 1834, la question suivante :

« Déterminer par une série de faits et d'observations authentiques, quels sont les avantages et les inconvéniens des moyens mécaniques et gymnastiques appliqués à la cure des difformités du système osseux. »

Neuf pièces avaient été adressées, mais aucun des concurrens n'ayant mis la Commission à portée de vérifier snr des personnes atteintes de difformités (ainsi que l'exigeait le programme) l'exactitude des faits annoncés dans les Mémoires, seule manière de leur donner l'authenticité désirable, l'Académie s'est reservée de remettre la question au concours pour l'année 1836.

Le rapport de la commission renferme plusieurs indications que nous allons reproduire, ce sont :

1° La description générale et anatomique des principales difformités qui peuvent affecter la colonne vertébrale, le bassin et les membres ;

2° Les causes connues ou probables de ces infirmités ; le mécanisme suivant lequel elles sont produites, ainsi que l'influence qu'elles exercent sur les fonctions et particulièrement sur la circulation du sang, la respiration, la digestion et les fonctions du système nerveux ;

3° de désigner d'une manière précise celles qui peuvent être combattues avec espoir de succès, par l'emploi des moyens mécaniques ; celles qui doivent l'être par d'autres moyens ; enfin, celles qu'il serait inutile ou dangereux de soumettre à aucun genre de traitement ;

4° De faire connaître avec soin les moyens mécaniques qui ont été employés jusqu'ici pour traiter les difformités, soit du tronc, soit des membres, en insistant davantage sur ceux auxquels la préférence doit être accordée.

La description de ces derniers sera accompagnée de dessins détaillés ou de modèles ; leur manière d'agir devra être démontrée sur des personnes atteintes de difformités.

Les concurrens devront aussi établir par des faits les améliorations obtenues par les moyens mécaniques, non seulement sur les os déformés, mais sur les autres organes et sur leurs fonctions et en premier lieu sur le cœur, les poumons, les organes digestifs et le système nerveux.

Ils distingueront parmi les cas qu'ils citeront ceux dans lesquels les améliorations ont persisté, ceux où elles n'ont été que temporaires, et ceux dans lesquels on a été obligé de suspendre le traitement ou d'y renoncer à raison des accidens plus ou moins graves qui sont survenus.

Enfin, la réponse à la question devra mettre l'Académie dans le cas d'apprécier, à sa juste valeur, l'emploi des moyens mécaniques proposés pour combattre et guérir les diverses difformités du système osseux.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 10,000 francs. Les Mémoires devront être reçus au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1836.

Pour ce prix comme pour tous les autres, les concurrens sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages qui auront été envoyés au concours, mais les auteurs pourront en faire prendre des copies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 septembre 1834.

AFFECTION DU CERVELET.

M. Bouillaud, dans un rapport qu'il lit sur un Mémoire de M. Carré de Briançon, intitulé : *Considérations pathologiques et physiologiques sur le cervelet*, conteste l'authenticité du fait d'où l'auteur tire ses conclusions, fait qui tendrait à laisser douter, selon l'auteur, que le cervelet ait quelque influence sur *les fonctions animales et organiques*, puisqu'il consiste en une destruction par suppuration des cinq sixièmes de cet organe, sans qu'aucune altération appréciable de ces fonctions ait pu être constatée. Nous ignorons quel est le mode d'influence du cervelet, mais il nous semble bien étonnant qu'il n'en ait aucune *sur les fonctions animales ou organiques*

TUMEUR POLYPIFORME DU COEUR.

M. Bricheteau présente une tumeur du volume d'une noix, trouvée dans l'oreillette droite du cœur d'un individu atteint d'une dilatation sans hypertrophie du ventricule gauche. Cette tumeur formée de couches concentriques offrait du pus à son centre. Elle adhérait par un pédicule.

ACARUS DE LA GALE

M. Renucci raconte que c'est pour la première fois en 1815, en suivant la pratique d'un de ses frères en Corse, qu'il observa l'acarus de la gale, dont les femmes du pays pratiquaient l'extraction, et qu'elles nommaient *pedicello*. Pour le découvrir, dit-il, on examine les vésicules d'un galeux récemment affecté et non encore soumis au traitement (deux conditions indispensables). On voit à la base de la vésicule des sillons qui se dirigent en différens sens, tantôt montant vers le sommet de la vésicule, tantôt la contournant et tantôt s'en écartant pour se prolonger sous la peau environnante. A l'extrémité de ce sillon, la plus éloignée de la vésicule, on trouve ordinairement un point blanc visible à l'œil nu. Ce point blanc où l'épiderme est légèrement soulevé, correspond à la partie postérieure de l'insecte. Dans les pays chauds, ajoute-t-il, j'ai pu distinguer la tête qui est représentée par un point brunâtre. Toutes les fois que l'un ou l'autre de ces points est visible, il est à peu près certain qu'on trouve l'insecte. Il convient alors, pour l'extraire, de pincer l'épiderme à l'aide d'une aiguille, à une demi-ligne à peu près du point blanc, en se dirigeant vers l'épiderme que l'on déchire, après quoi l'insecte mis à découvert, est aisément enlevé. On le trouve assez souvent à la base de la vésicule, quelquefois sur les côtés, mais très rarement ou presque jamais à son sommet.

—M. Bousquet, au nom du comité de publication, propose de composer le prochain fascicule de la manière suivante :

1° Pour la partie historique ; le compte-rendu des travaux de l'académie, la distribution des prix de vaccine, l'annonce des prix à décerner en 1835 et 1836, enfin l'éloge de Portal par M. Pariset ;

2° Pour les mémoires; le mémoire de M. Mirault, d'Angers, sur la ligature de la langue; un mémoire sur l'angine couenneuse, par M. Bourgeois, de St-Denis; le rapport de M. Gérard sur la cachexie aqueuse des bêtes à laine; et enfin, un mémoire de M. Salmade sur le rachitis.

— M. Gérardin fait un rapport verbal sur divers mémoires imprimés, adressés par le professeur Regnoli, de Pise : 1° sur l'amputation de l'os maxillaire inférieur ; 2° sur la trachéotomie ; 3° sur l'hydrocèle chez les femmes. M. Regnoli est inscrit au nombre des candidats aux places vacantes de correspondans étrangers.

— M. Velpeau fait un rapport sur les bouts de sein et biberons en liége de M. Darbo. M. Deneux et M. Moreau s'accordent pour faire l'éloge de ces instrumens.

Séance du 16 septembre.

M. Emery fait part à l'Académie des expériences tentées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Albin-Gras, son élève, dans le but de savoir si l'*acarus* dont on a démontré l'existence, est dans la gale, cause, effet, ou épiphénomène. Il résulte de ces expériences faites avec toute l'intelligence et l'exactitude désirables, que l'acarus est la cause réelle de la gale.

LITHOTRITIE.

M. Leroy d'Etiolles fait part de cinq cas d'opération de lithotritie sur des enfans de moins de six ans. Dans quatre de ces cas, il a eu un succès complet.

DÉCOCTION FERMENTÉE DE LA RACINE DE GRENADIER SAUVAGE CONTRE LE TÉNIA. — GUÉRISON DE LA FOLIE APRÈS L'EXPULSION DE CE VER.

M. Ferrus rapporte l'observation d'un homme qui, dans son service de Bicêtre, devint aliéné après avoir perdu successivement ses forces et être tombé dans un grand abattement. On s'aperçut qu'il rendait des portions de ténia. M. Ferrus après avoir employé avec un succès incomplet, la décoction d'écorce sèche de grenadier, eut recours à la décoction fermentée qui est indiquée comme la plus puissante, dans une thèse soutenue à l'École de pharmacie, par M. Latour. Au bout de deux jours d'usage de cette préparation, tout le ténia fut expulsé. Le malade aussitôt débarrassé de tout symptôme de langueur et d'aliénation est retourné dans son pays sain d'esprit et de corps. A cette occasion, MM. Girardin. Esquirol, Louyer-Villermay citent un grand nombre d'observations de folie guérie par l'expulsion du ténia et d'autres entozoaires.

—M. Velpeau fait un rapport sur une observation de M. Bourse, relative à un corps étranger articulaire, extrait de l'articulation du genou, dans laquelle tout porte à croire que ce corps étranger était une parcelle osseuse détachée du condyle externe du fémur ; ce qui se rapporte à l'opinion de Monro sur la formation de ces corps étrangers.

— M. Leroy d'Etiolle lit une note sur cinq opérations de lithotritie pratiquées sur des enfans de moins de six ans, dont quatre avec succès. M. Leroy pense que les chances de succès de la lithotritie augmentent avec l'âge, en même temps que les difficultés diminuent : c'est le contraire de la taille.

— M. Souberbielle lit une note relative aux avantages qu'offre la taille sus-pubienne sur la lithotritie, et se fonde sur les succès nombreux qu'il obtient chaque jour.

— M. Ricord donne à l'académie la description d'un syphon continu, imaginé par un jeune médecin américain, M. Sawyer, pour vider la vessie.

Séance du 23 septembre.

M. Renucci envoie une note sur l'acarus de la gale.

— M. Dugès lit des *considérations zoologiques sur l'acarus.*

— M. Velpeau fait un rapport peu favorable sur un mémoire de M. Rognetta, relatif à cette question : Dans le cas où l'extirpation de l'œil est indiquée, faut-il enlever la glande lacrymale ?

Séance du 30 septembre

M. Maingault fait un rapport sur une observation de phlébite, adressée par M. Tollé de Niort, suivie de l'avortement et de la mort.

M. Velpeau nie que, dans ce cas, il y ait eu phlébite. Il s'appuie sur ce que la phlébite est fort rare après la saignée. L'inflammation qui suit cette opération occupe le plus souvent la peau et le tissu sous-cutané : c'est un érysipèle phlegmoneux ; ou bien cette inflammation occupe le tissu cellulaire qui entoure la gaîne vasculaire, ce qui produit des fusées de pus, que l'on croit faussement provenir de la veine. Dans le cas de M. Tollé le pus est sorti par jet; ce qui est étranger à la phlébite.

— M. Emery, au nom de la commission de l'acarus, lit un rapport sur la note de M. Renucci.

Séance du 7 octobre.

M. Gérardin lit un rapport sur un Mémoire de M. Miquel d'Amboise qui, n'ayant pas trouvé dans la belladone, la vertu préservatrice qu'on lui a attribuée, a voulu tenter ce que ferait l'inoculation.

NOUVEAU MOYEN PRÉSERVATIF DE LA SCARLATINE.

M. Miquel, après avoir piqué avec une lancette les plaques scarlatineuses les plus apparentes, a inoculé aux bras d'un grand nombre d'enfans non encore atteints, le fluide retiré de ces plaques exanthématiques. Au bout de deux ou trois jours, il a constamment vu se développer un cercle rouge autour des piqûres disparaissant au cinquième jour. Pour ces enfans, l'immunité a paru acquise à M. Miquel, parce que les ayant inoculés de nouveau rien de semblable aux premiers phénomènes ne s'est montré, et parce que ces enfans vivant au milieu d'un grand nombre de scarlatineux, n'ont pas contracté la maladie. Ces expériences méritent bien d'être poursuivies.

Séance du 14 octobre.

Une lettre de M. Bourdois est lue, qui annonce qu'une dame anonyme, morte à la suite de longs et profonds chagrins, lègue à l'Académie une somme de 5,000 fr., dont l'intérêt devra être accordé annuellement au meilleur travail sur l'influence du chagrin, comme cause de maladie et de mort.

— M. Cornac parle de la découverte faite par un médecin de Rome, M. Maceroni, du cowpox sur plusieurs vaches.

— M. Boulet jeune communique une observation sur l'emploi du tritoxide de fer hydraté, comme contre-poison de l'arséniate de potasse. Il s'agit de plusieurs chevaux qui, ayant mangé de l'avoine contenant de l'arséniate de potasse; avaient déjà péri au nombre de quatre, lorsque M. Boulet fut consulté. Il administra le tritoxide de fer hydraté aux trois chevaux survivans. Le premier, très gravement atteint, est mort au bout de trois heures, l'autre après trente-six heures, et le dernier qui vit encore succombera à une pneumonie.

Séance du 4 novembre.

M. Orfila rend compte à l'Académie de quelques expériences tentées à la Faculté, par M. Lesueur, pour constater la propriété antivénéneuse du tritoxide de fer hydraté dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Neuf grains de ce poison ont été donnés à un chien robuste et de taille moyenne ; immédiatement après, on a ingéré trois onces deux gros de tritoxide de fer hydraté, puis l'œsophage a été aussitôt lié. L'animal est vivant et bien portant ; soixante-dix heures après l'opération, il n'a rien éprouvé.

Répétés sur d'autres chiens, les mêmes essais ont eu les mêmes résultats. Pour contre-épreuve ; la même dose de poison a été donnée, mais le tritoxide de fer hydraté n'a été administré qu'une demi-heure après. L'animal a succombé avec tous les accidens de l'intoxication. Le tritoxide de fer anhydre n'a aucune influence sur la marche de l'empoisonnement.

Si le contre-poison en question n'est pas donné à hautes doses, à celle par exemple, de trois onces deux gros, les accidens se développent et tuent.

— M. Roux, cédant au vœu de l'Académie, commence la relation scientifique de son voyage en Suisse et en Italie.

Il s'étend d'abord sur les améliorations dues à M. Mayor de Lausanne, et dont il a pu constater les avantages dans l'hôpital de ce chirurgien distingué. Ces améliorations consistent surtout dans les pansemens pour lesquels M. Mayor n'emploie, au lieu de charpie, que du coton et des appareils faits avec des mouchoirs, pour remplacer nos appareils trop compliqués. M. Mayor pense que, dans la luxation spontanée du fémur, la tête de l'os n'est pas déplacée, et que le raccourcissement du membre tient à l'élévation du bassin et à une déviation du rachis.

A Genève, M. Roux a pu observer des exemples de goître enkysté, affection très rare à Paris, assez commune à Genève, et que M. Maunoir a appelée depuis long-temps du nom d'*hydrocèle du cou*. Le traitement suivi par M. Mayor (de Genève), est celui-ci : Il évacue le liquide à l'aide d'un trois-quarts; ce liquide est d'abord brunâtre, consistant ; quand il est remplacé par du sang, M. Mayor bouche la canule pour empêcher tout suintement. Ce sang retenu dans le kyste se coagule, puis se liquéfie, comme cela arrive dans les épanchemens analogues. C'est alors qu'on l'extrait par la canule restée dans la plaie. Les parois se rapprochent et adhèrent. Ce traitement est long, mais toujours heureux.

— M. Lepelletier lit un Mémoire sur un cas de *luxation de l'humérus en bas et en dehors dans la fosse sous-épineuse*, qu'il a réduite après quarante-cinq jours. L'auteur, après avoir raconté le fait, exprime les conclusions suivantes :

1° Que la luxation en dehors peut avoir lieu sans aucun vice de conformation de l'omoplate (ce que Boyer avait nié);

2° Que les symptômes qu'il a reconnus à cette luxation fondent un diagnostic précis ;

3° Que ces principaux symptômes sont : l'aplatissement peu marqué du deltoïde, le peu de saillie de l'acromion, l'alongement du membre, le rapprochement du coude vers le tronc dans l'obliquité de l'humérus en avant, la tumeur formée par la tête de l'os, l'aplatissement de l'épaule en devant et la saillie formée par l'apophyse coracoïde ;

4° Que cette luxation peut être réduite comme celle en dedans, après un espace de quarante-cinq jours.

5° Enfin, que l'extension verticale semble moins applicable à cette espèce de luxation, qu'aux luxations en dedans.

Séance du 18 novembre.

M. Castel annonce à l'Académie qu'il a fait des recherches, pour savoir si la propriété qu'a le cœur droit de vivre le dernier, de se mouvoir encore lorsque le cœur gauche est privé d'irritabilité, tient à ce que cette partie du cœur reçoit plus de nerfs que les autres. Ces recherches ne l'ont conduit à aucun résultat.

Seance du 25 novembre.

M. H. Cloquet revient sur les recherches de M. Castel, relatives à l'irritabilité du cœur, et dit que, dans son voyage, à Berlin, il a constaté sur des pièces anatomiques du Musée de cette capitale, qu'il se rend deux ou trois fois plus de filets nerveux à la moitié droite du cœur qu'à sa moitié gauche. M. Castel assure que l'étude des planches de Walther, Lower, Vieussens, Caldini, Cloquet ne lui ont rien montré de semblable.

— M. Cancoin montre à l'Académie une pâte phagédénique, composée avec du chlorure de zinc et de la farine, et jouissant de propriétés caustiques énergiques pour détruire les cancers externes.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PL. XVIII. — SUITES DE BRULURES.

Figure 1. — BRAS AVANT L'OPÉRATION.

1. Cicatrices irrégulières par suite de brûlure.
2. Renflement du tissu de la cicatrice vers le tiers supérieur externe du bras.
3. Bride qui fait suite à ce renflement, passe au devant du pli du coude, sur le côté postérieur, puis interne de l'avant-bras, et se termine au bord cubital et à la face postérieure des doigts annulaire, *medius* et *index* : cette bride maintient l'avant-bras fléchi sur le bras et dans une pronation forcée.

Figure 2. — BRAS APRÈS L'OPÉRATION.

1. Même renflement.
2. Cicatrice de nouvelle formation sur le côté externe du coude et postérieur de l'avant-bras.
3. Moignon qui a suivi la chute du doigt auriculaire à l'époque de la brûlure.

OBSERVATION D'UNE DIFFORMITÉ CONSIDÉRABLE, CAUSÉE PAR DES CICATRICES, SUITE DE BRULURES. — INCISION DES CICATRICES. — PANSEMENS MÉTHODIQUES. — GUÉRISON ; par M. BÉRARD jeune, agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien en chef de l'hospice de la Salpétrière.

A. Cooper a dit avec raison (1) : « Parmi les accidens variés qu'éprouve le corps, l'on en compte peu qui exigent un secours plus prompt, ou qui soient plus propres à compromettre la réputation du chirurgien, que les luxations ; car, si on laisse écouler un espace de temps un peu trop long avant d'en tenter la réduction, l'on augmente les difficultés que l'on aurait éprouvées pour y parvenir, et souvent même il devient impossible de les réduire. Si le chirurgien les méconnaît, et par conséquent, s'il ne les réduit pas, le malade devient une preuve vivante de l'ignorance ou du défaut d'attention de l'homme de l'art. »

Une réflexion du même genre se trouve nécessairement inspirée par la contemplation des difformités que laissent à leur suite certaines brûlures. La cicatrice vicieuse qui entrave ou abolit parfois complétement les fonctions de la partie qui a été comburée, atteste aussi hautement la pratique inhabile du chirurgien que la déformation d'un membre luxé prouve son ignorance dans le diagnostic des maladies. Mais si, dans ce dernier cas, il reste une difformité, qui est presque toujours au dessus des ressources de l'art ? Dans le premier, au contraire, il est souvent possible d'employer des moyens plus ou moins ingénieux, à l'aide desquels les parties peuvent être rendues à leur conformation primitive. En publiant l'observation d'une cure de ce genre, j'ai pour but d'encourager les chirurgiens à tenter des opérations dans des circonstances où l'ancienneté du mal et sa gravité paraissent à peine susceptibles de guérison ; ce fait viendra d'ailleurs confirmer ce que d'illustres praticiens ont enseigné ; savoir : 1° qu'il n'est pas nécessaire d'enlever tout le tissu de la cicatrice pour rendre à la partie sa rectitude naturelle ; 2° que la difformité ne se reproduit pas nécessairement à mesure que les incisions se cicatrisent, non plus qu'après leur parfaite guérison ; propositions que des auteurs distingués ont cependant soutenues avec opiniâtreté.

La nommée Aimée Rémy, âgée de cinq ans un mois, demeurant à Paris, rue de la Barillerie ; fut brûlée en nourrice à l'âge de quinze mois. En ayant égard à la forme des cicatrices et à leur étendue, on voit que la brûlure était au troisième degré et qu'elle avait atteint une partie de la joue gauche, du côté du cou correspondant, de l'épaule, bras, avant-bras et main

(1) A. Cooper, *OEuvres Chirurgicales*, tom. I, p. 1, trad. française.

du même côté. Je néglige la description des désordres que cet accident a laissés à sa suite, ailleurs qu'à l'avant-bras et à la main, seules parties où la cicatrisation vicieuse avait laissé des difformités qui entravaient la liberté des mouvemens.

On remarque le long du côté externe et antérieur du bras une bride épaisse, large d'un pouce et demi, passant au devant de l'articulation huméro-cubitale, où elle acquiert une largeur de plus de deux pouces, descendant sur la face dorsale de l'avant-bras, dont elle gagne le bord cubital à sa partie inférieure; elle se termine sur le côté cubital de la main et du doigt annulaire. Le petit doigt qui a probablement été brûlé à un degré considérable, est entièrement tombé. Quoique d'après ce qui précède on puisse croire que la cicatrice a une longueur assez étendue, il n'en est rien cependant, ce qui tient à la position dans laquelle les parties brûlées ont été entraînées; ainsi, l'avant-bras est fléchi à angle aigu sur le bras; l'avant-bras est porté dans une pronation forcée; la main est tellement renversée sur le bord cubital de l'avant-bras, que son axe fait, avec celui de l'avant-bras, un angle aigu, qui ne dépasse guère cinquante degrés; aussi la bride déjà décrite est à peu près rectiligne, et sa longueur mesurée du milieu du bras jusqu'à son extrémité inférieure n'offre pas plus de quatre pouces et demi de longueur, quoique la longueur des parties opposées à cette bride offre près de dix pouces d'étendue.

Outre le désordre extérieur apparent, il est probable que quelque déformation existait au niveau des surfaces articulaires radio-carpienne et inter-carpienne, occasionée par l'adduction forcée dans laquelle la main est restée si longtemps; les muscles eux-mêmes, du côté de l'adduction, moins alongés que dans l'état ordinaire, ont dû perdre de leur développement. Du reste, point d'ankylose, point d'adhérence des cicatrices aux os. Il me sembla qu'en levant l'obstacle que le tissu inodulaire apportait à l'extension de l'avant-bras et à l'adduction de la main, on pourrait rendre à ces parties la liberté de leurs mouvemens. C'est ce que j'entrepris le 29 août 1833, c'est-à-dire deux ans et neuf mois après l'accident.

L'opération projetée fut extrêmement simple: avec un bistouri droit je coupai perpendiculairement la bride qui unissait le bras à l'avant-bras; cette section comprit toute l'épaisseur de la bride, qui avait à son milieu près d'un pouce; et je ne m'arrêtai que quand je reconnus à la laxité des tissus que j'avais dépassé en profondeur toute la substance inodulaire. L'incision perpendiculaire à la bride était transversale, par rapport à l'axe du membre; ses deux extrémités dépassèrent latéralement les limites de la cicatrice; en sorte que celle-ci fut complétement divisée, et que la portion qui répondait au bras n'eut plus aucune adhérence avec celle qui recouvrait l'avant-bras. Le fond de cette incision était limité par l'aponévrose d'enveloppe du pli du bras; l'extension complète du coude se fit avec facilité, et par ce seul mouvement, la plaie acquit une dimension considérable dans le sens vertical; son plus grand diamètre, devenu parallèle à l'axe du bras, offrait près de trois pouces d'étendue.

Je fis aussitôt après une incision de la même manière sur la bride qui unissait le bord cubital de la main à l'avant-bras; ses limites transverses dépassèrent également les limites de la cicatrice, tandis que son fond fut borné par le ligament latéral interne de l'articulation du poignet. Cette incision permit de ramener la main à sa rectitude naturelle, mais ce déplacement produisit un écartement des lèvres de la plaie beaucoup plus considérable que celui de l'incision supérieure; ce qui s'explique par la déviation très étendue de la main sur l'avant-bras, et par l'épaisseur énorme du tissu inodulaire qui unissait ces deux parties. Il s'écoula par les plaies une petite quantité de sang; aucun vaisseau ne fut lié.

Mais il ne suffisait pas d'avoir ramené les parties à leur direction normale; car sitôt qu'elles étaient abandonnées à elles-mêmes la main se renversait sur l'avant-bras, et celui-ci se fléchissait sur le bras. Il fallait donc, par des pansemens assidus et faits avec le plus grand soin, obtenir une cicatrisation des plaies aussi étendue en surface que l'étaient les plaies elles-mêmes. Pour y parvenir, je posai une attelle sur la face postérieure du bras et de l'avant-bras, et le membre fut maintenu sur elle dans une extension parfaite, à l'aide de quelques tours de bande; d'une autre part, pour retenir la main renversée sur le bord radial de l'avant-bras, je couchai le long du bord externe de ce dernier un coussin cunéiforme, dont la base répondait à l'extrémité inférieure du radius; une attelle appliquée sur le coussin le dépassait par en bas et me servit comme un levier du premier genre pour entraîner la main dans l'écartement que la base du coussin laissait entre elle et l'attelle. On comprend aisément que ce pansement reposait sur le principe développé par M. Dupuytren, pour le traitement des fractures de l'un des os de l'avant-bras.

Ce mode de traitement fut continué plusieurs mois de suite, temps pendant lequel j'eus soin d'imprimer, à diverses reprises, des mouvemens de flexion, de pronation, de supination aux articulations huméro-cubitale et cubito-radiale, afin de prévenir une ankylose, que la longue immobilité des parties aurait pu produire. L'attelle postérieure devint alors inutile, car la plaie, qui, dans le principe répondait au pli du bras, s'était peu à peu transportée au côté externe de l'articulation, et était alors presque entièrement recouverte par une cicatrice de bonne nature. Je substituai à l'attelle radiale une autre attelle coudée sur ses bords, et dont je dus l'idée à M. Forget, qui avait eu la complaisance de m'assister un jour dans le pansement de l'opérée. Cette attelle fixée à la face postérieure de l'avant-bras et de la main par une simple bande, son angle obtus tourné vers le bord cubital du membre, maintenait solidement la main dans la position désirée, sans nuire en aucune façon aux mouvemens des doigts. C'est cette attelle, employée depuis un grand nombre d'années dans la chirurgie nautique, pour remédier aux fractures de l'un des os de l'avant-bras, dont je me suis servi dans le même but et avec le plus grand succès à l'hôpital St-An-

toine, dès que M. Forget m'en eut indiqué l'usage, que M. Blandin a imaginée de son côté, et qu'il a fait connaître dans un journal, vers le mois de juillet 1834, croyant qu'il en était le premier inventeur.

Les plaies n'offrirent rien de particulier dans leur marche, si ce n'est qu'elles guérirent avec une extrême lenteur, ce que l'on comprendra facilement, en pensant que la cicatrice a dû se former de toutes pièces et non par le rapprochement de leurs bords. Au mois de février 1834, la solution de continuité inférieure était entièrement fermée, la supérieure réduite à la largeur d'une pièce de vingt sous, lorsque des plaques grisâtres recouvrirent sa surface; elle devint en même temps plus sensible et sanguinolente. A ces caractères, je ne pus méconnaître l'imminence de la pourriture d'hôpital, accident rare dans la pratique civile, mais que plusieurs causes avaient concouru à développer chez ma malade. Ainsi, un hiver constamment doux et humide, l'habitation dans une chambre étroite, obscure, basse d'étage, et à la porte d'une petite pièce, espèce de cloaque, dans laquelle donnait une pompe servant à laver et d'où se dégageaient sans cesse des miasmes provenant des matières animales et végétales en décomposition, et peut-être, vu les circonstances précédentes, des pansemens trop rares (un par semaine). Mes appréhensions n'étaient que trop fondées, et malgré l'emploi de la poudre d'alun calciné, des lotions d'eau chlorurée, d'eau-de-vie camphrée, la pourriture fit de tels progrès, qu'en peu de jours la plaie du coude reprit ses premières dimensions, et que l'inférieure se rouvrit dans toute son étendue. La rougeur et le gonflement de l'avant-bras faisaient craindre que le mal ne gagnât rapidement en largeur et en profondeur toute l'extrémité du membre, et je craignis un moment d'être obligé d'en venir à l'amputation du bras; mais je me rassurai un peu, en considérant que le mal était tout à fait local, la santé générale, n'ayant jusque-là éprouvé aucune atteinte; que la couche couenneuse qui recouvrait les plaies ne s'en allait pas par lambeaux humides et pultacés, mais qu'elle paraissait se dessécher à la surface des parties ulcérées. Mon honorable confrère, M. Lapp, médecin de la famille, fut alors prié de voir la malade en même temps que moi. Nous décidâmes ensemble qu'avant de recourir à la cautérisation avec le fer rougi à blanc, nous emploierions le vinaigre radical; chaque jour je promenai un pinceau imbibé de ce liquide à la surface de la couche couenneuse et sur ses bords; à la cinquième cautérisation, une rougeur franchement inflammatoire apparut tout autour de l'escharre; celle-ci ne tarda pas à se fendre, et une humeur purulente, bien liée, s'écoula de l'ulcère: les lambeaux tombèrent en quelques jours et laissèrent à découvert une surface rosée et pourvue de bourgeons charnus de bonne nature.

La complication était détruite, mais il restait deux plaies au moins aussi étendues que le premier jour. Il me fallut recommencer sur nouveaux frais à travailler à leur cicatrisation, ayant de plus à redouter le retour de la pourriture d'hôpital. Heureusement que de ce côté je n'éprouvai plus d'entraves; mais il s'écoula encore quatre mois avant que la suppuration fût entièrement tarie. Pendant ce temps, j'eus à essuyer les dégoûts les plus grands que l'on puisse rencontrer dans la pratique: les parens fatigués d'une cure si longue, et qui déjà étaient disposés à attribuer à de mauvais soins le développement de la pourriture d'hôpital, allaient de tous côtés consulter médecins, pharmaciens, commères, etc. Les moyens infaillibles de guérir, de *sécher la plaie* en quelques jours ne manquaient à personne, et à chaque nouveau pansement je recevais la proposition d'essayer de l'emplâtre de M. ***, de l'onguent de Mlle ***, etc.; vingt fois je fus sur le point d'abandonner la partie; mais le désir de ne pas laisser un pareil ouvrage incomplet, et surtout de prévenir le retour d'une difformité, dont la petite malade aurait eu plus tard tant à souffrir, soutint mon courage, et le 10 juin 1834, j'eus le plaisir de voir entièrement formée une cicatrice ferme et souple à la fois, bien unie et presque aussi large que les plaies que j'avais faites. Je ne dirai point quelles sont les substances diverses que j'ai employées; la remarque pratique importante que j'aie à faire ici, c'est que je fus obligé de varier bon nombre de fois la forme et la nature des pansemens, car le même moyen, après avoir produit un bon effet pendant quinze à vingt jours, semblait alors perdre de son action, et le mal restait de nouveau stationnaire. Dans les derniers jours du traitement j'ai fait construire un appareil agissant à la manière de l'attelle coudée sur ses bords, et d'une application plus facile; l'enfant a continué à le porter et le conserve encore aujourd'hui; les cicatrices sont frottées tous les jours avec de l'huile d'amandes douces; elles n'éprouvent aucun phénomène de rétraction, en sorte que les parties conservent leur mobilité accoutumée et leur bonne configuration. C'est dans cet état que la malade a été présentée à l'Académie de médecine, dans le mois de juillet. Au moment où j'écris, 30 septembre 1834, il y a treize mois que l'opération est faite; il y a plus de trois mois et demi que les plaies sont fermées; on commence à laisser le bras sans machine pendant plusieurs heures de suite, et cela, sans inconvénient. Les muscles paraissent avoir repris tout leur équilibre. Les contours de l'articulation du poignet offrent une configuration très régulière, et il est à croire que les surfaces articulaires, si elles ont été altérées, sont revenues à leur conformation normale.

A. Bérard.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° VII. — MARS 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

1. DU PTYALISME MERCURIEL, OU SALIVATION MERCURIELLE; par Philippe RICORD, *chirurgien de l'hôpital des vénériens de Paris, professeur particulier de clinique et de pathologie spéciale*, etc.

Long-temps on a disputé sur l'utilité de la salivation, pendant l'emploi du mercure dans le traitement de certaines maladies, et en particulier dans celui des maladies vénériennes; aujourd'hui même, tous les médecins ne sont pas d'accord à ce sujet, quoique cependant les partisans de l'ancien préjugé deviennent fort rares. Malgré l'impérieuse autorité de l'opinion médicale, qui régnait de son temps, Nicolas Massa avait regardé la salivation comme tout à fait inutile dans le traitement de la syphilis, et pour l'éviter, il indiquait déjà de ne faire les frictions quand elles étaient employées, qu'à deux ou trois jours d'intervalle. Chicoyneau, Henri Haguenot, Lapeyronie, recommandent de manier le mercure avec prudence et de ne pas porter son emploi jusqu'à déterminer vers la bouche des accidens quelquefois très redoutables. Feu Cullerier, l'oncle, reconnaissant l'inutilité et le danger du ptyalisme mercuriel, dans la plupart des cas, changea cette pratique absurde, je dirai presque barbare, qui imposait aux malades traités par les frictions tant préconisées avant la réforme qu'il opéra, la dure nécessité de rester plongés dans des cloaques impurs, fermés de toutes parts, et où l'air, renouvelé avec peine, restait chargé d'une telle quantité de vapeur mercurielle, que sans toucher à ce métal, les personnes chargées du service dans les salles des vénériens, étaient elles-mêmes prises de salivation en le respirant.

Aujourd'hui que la spécificité du mercure, que son utilité même ont été si souvent mises en doute ou entièrement niées; aujourd'hui qu'on a récapitulé avec tant de soin les inconvéniens qui suivent son emploi, oubliant, je dirai presque avec ingratitude, les bienfaits qui lui sont dus, les cures que lui seul obtient, on a reproché plus souvent encore à ce moyen thérapeutique si précieux, les funestes effets de la salivation; car elle est, il faut l'avouer, un de ses grands inconvéniens, que les esprits sages ont de tout temps reconnu.

Pour moi, que les faits nombreux, journellement soumis à mon observation, soit à mon hôpital, soit dans ma pratique privée, ont dû convaincre de l'utilité, de l'efficacité exclusive dans une foule de cas, des préparations mercurielles, dûment et sagement employées, j'ai constamment cherché, avec soin, à éviter cet effet toujours désagréable et si fréquemment fâcheux, au moins quand il est porté à un degré assez intense.

Mais pour obtenir des mercuriaux les bons effets qu'on a droit d'en attendre, dans les circonstances favorables et pour éviter le ptyalisme, dont nous nous occupons ici, il fallait étudier leur action sur l'économie et connaître les causes qui favorisent le mieux cette action. Voici ce que l'observation m'a appris sous ce rapport: le mercure agit de trois manières différentes, qui peuvent exister isolées ou combinées entre elles, mais qu'il est possible de toujours bien distinguer:

1° Il agit localement, c'est à-dire que la partie sur laquelle il a été appliqué en premier lieu, ressent son effet, qui consiste dans une excitation, une irritation avec augmentation de sécrétion, ou bien, au contraire, dans la diminution de toute exhalation, soit normale, soit morbide; dans ce dernier cas, il entraîne un mouvement contraire et favorise l'absorption. Ces deux effets locaux différens, produits par un même médicament, ne doivent pas être perdus de vue dans la pratique, et l'on doit tenir compte des circonstances particulières dans lesquelles ils se manifestent et des formes du médicament qui les produit. Je prendrai pour exemple les chancres syphilitiques: pendant la période d'ulcération, à part des exceptions que nous signalerons plus tard dans un ouvrage spécial, les préparations mercurielles tendent à augmenter les sécrétions morbides, et par tant l'ulcération, qui en est une conséquence, comme nous aurons l'occasion de le prouver en d'autres lieux, contre l'opinion de Hunter; tandis que, à l'époque où le travail d'ulcération est borné par le dépôt de lymphe plastique qui forme la base des chancres, alors qu'un travail réparateur commence, que les bourgeons charnus se développent, le mercure favorisant l'absorption fait fondre les indurations plus ou moins étendues, plus ou moins profondes qui, d'abord, avaient été nécessaires comme moyen de limite et borne favorablement les bourgeons charnus qui ont si fréquemment une tendance à végéter. Ici, comme on vient de le voir, le mercure a excité l'action sécrétoire, ou au contraire, l'absorption, selon la circonstance particulière dans laquelle il a été employé, et sans tenir compte de sa forme pharmaceutique, qui, cependant, comme la pratique le montre tous les jours, doit avoir une grande influence. C'est surtout quand il est appliqué sur des surfaces saines, cutanées ou muqueuses, que la préparation pharmaceutique et la dose à laquelle il est administré déterminent plus particulièrement, ou l'augmentation de sécrétion locale, ou l'ab-

sorption ; c'est ainsi que le calomel, administré à dose purgative, n'est pas absorbé, s'il détermine des selles ; tandis qu'à dose plus faible et moins irritante, l'absorption en est prompte et facile ; c'est ainsi que le sublimé, dont l'action locale est encore plus irritante, puisqu'il altère souvent les tissus qu'il touche en se combinant avec eux, favorise beaucoup moins cette fonction.

2° Le mercure agit d'une manière générale, qu'il ait ou non déterminé des effets locaux sensibles, et pris par les agens de l'absorption que lui-même a plus ou moins excités ; il peut être porté dans le torrent de la circulation, et y produire des effets, dont un des plus remarquables est la diminution de la plasticité du sang, ainsi que la plupart des bons observateurs ont pu s'en convaincre. Cependant il est des individus réfractaires à sa puissance, et sur lesquels il est sans action.

3° Mais dans la majeure partie des cas, et sans que l'économie ait besoin d'en être imprégnée, après avoir agi par voie d'absorption sur le point où il fut d'abord appliqué, le mercure va produire, à distance, et par le médium de la circulation, des phénomènes locaux, que j'appellerai secondaires ; m'inquiétant peu ici qu'il soit ou non charié en substance dans le sang ou dans les sécrétions, la valeur des expériences, pour ou contre cette opinion, se mesurant à la confiance plus ou moins grande qu'on accorde à leurs auteurs.

C'est à ce troisième mode d'action, aux effets locaux secondaires qu'appartiennent l'augmentation de la transpiration cutanée, les sécrétions intestinales, la diarrhée, et enfin, la salivation, dont nous devons nous occuper plus particulièrement.

La salivation mercurielle, que Sanchez et autres ont regardée comme un émonctoire par lequel le mercure s'échappait, après avoir poursuivi et atteint le virus syphilitique dans les détours des organes, a encore été appelée ptyalisme mercuriel de πτυω, je crache; πτυαλοι, crachats ; mais il conviendrait beaucoup mieux, suivant moi, de désigner, sous le nom de stomatite mercurielle, l'ensemble des phénomènes que le mercure détermine sur la bouche et ses annexes. En effet, les glandes salivaires ne sont pas les premières parties affectées dans cette maladie; elle débute par une stomatite particulière, ainsi que le démontre une observation attentive des malades ; les gencives et les dents, thermomètre vivant de l'action du mercure, sont déjà prises, lorsque la sécrétion de la salive devient plus considérable ; de sorte que les glandes salivaires, loin d'être le point de départ de la maladie, ne participeraient que consécutivement à l'inflammation de la bouche, de la langue, etc.

Pourquoi, en effet, l'action du mercure sur cette première partie du canal digestif, serait-elle différente de celle qu'elle exerce sur le reste de son étendue ? N'avons-nous pas fait remarquer déjà qu'il manifestait sa vertu exhalante sur le canal intestinal par la diarrhée ; sur la peau, par des sueurs ou des éruptions; de sorte que les organes sécréteurs plus éloignés, comme le foie se prennent après coup. Il n'en est pas autrement pour les glandes salivaires ; j'en prends à témoin la description même de ceux qui professent une opinion contraire à la mienne ; si l'on ne renonce pas aussitôt, disent-ils, à l'emploi du mercure, la tuméfaction des gencives augmente rapidement, *s'étend* à l'intérieur des joues, aux glandes maxillaires, aux glandes parotides, etc. la sécrétion de la salive devient plus abondante, etc., etc. Il est impossible d'indiquer, d'une manière plus précise, comment la part que les glandes salivaires prennent aux désordres de la bouche, est tout à fait secondaire. Je m'abstiens de désigner par le mot inflammation l'état de ces organes ; car, s'il est quelquefois porté jusqu'à la phlegmasie, il n'en est certainement pas ainsi dans la totalité des cas. En effet, les vomissemens qui accompagnent certaines irritations de l'estomac, sont loin d'être regardés comme un symptôme de l'hépatite ; le flux de salive, déterminé par la présence d'alimens excitans ou agréables au goût, n'est pas lié évidemment à l'inflammation des glandes salivaires. L'augmentation qu'on observe dans la quantité du fluide sécrété, me paraît au contraire plus propre à faire rejeter toute idée d'inflammation, puisque l'effet de cet état pathologique, porté à un certain degré, est de diminuer ou même de tarir les sécrétions. Le gonflement des régions parotidiennes ne me semble pas avoir plus de valeur pour prouver l'état inflammatoire des glandes. Les mamelles n'acquièrent-elles pas un volume plus considérable vers les derniers temps de la grossesse ou pendant l'allaitement ? Ne voit-on pas les testicules se gonfler, se durcir dans le moment qui précède le coït ? Dans le cas de salivation mercurielle, les glandes salivaires obéiraient à cette loi générale, qui veut que les sécrétions soient augmentées toutes les fois qu'il existe une source d'irritation à l'orifice du conduit excréteur. Si ces réflexions n'ont pas de justesse, pourquoi distinguer deux espèces de ptyalisme : celui qui est produit par l'emploi du mercure et celui qui est symptomatique de différens états morbides, ou purement physiologiques, tels que certaines phlegmasies de la gorge et de l'estomac, la grossesse, la chlorose, etc. S'il y a dans un cas inflammation des glandes, et dans un autre simple augmentation de sécrétion, ces deux états sont distincts et ne constituent pas deux variétés d'une même maladie. L'anatomie pathologique vient confirmer les données de la physiologie : on a présenté à la société anatomique les glandes parotides d'un homme mort, pendant qu'il était en proie à une salivation des plus graves, et chez lequel les organes étaient entièrement sains. De sorte que nous sommes loin de rejeter l'inflammation consécutive des glandes salivaires ; mais aussi nous ne la regardons pas comme primitive et comme aussi fréquente qu'on paraît le penser.

La discussion, dans laquelle je viens d'entrer, n'a pas été commencée sans dessein, car après avoir attaché peu d'importance, dans un précédent article à la dénomination que l'on impose aux maladies, pourvu qu'elles soient bien définies et bien comprises; j'avais besoin de prouver que je ne préférais pas, sans raison, aux noms de salivation, ptyalisme mercuriel, ceux de stomatite mercurielle. J'ai, du reste, un motif plus puissant, que je développerai plus tard, c'est que la doctrine que je viens d'établir n'est pas sans utilité pour le traitement.

Quoique le mercure soit la cause spéciale, essentielle de la stomatite mercurielle, il n'en est pas moins vrai que cette inflammation, par empoisonnement, qu'on me pardonne l'expression, ne soit favorisée dans son développement par certaines causes qu'il n'est pas moins utile de connaître que la cause spéciale elle-même, parce qu'on peut souvent prévenir le développement du ptyalisme, en prenant le soin de les corriger ou de les écarter. En effet, il n'est pas indifférent d'employer indistinctement une des nombreuses préparations mercurielles connues; quoiqu'elles jouissent toutes de la propriété d'exciter la salivation, certaines formes ont sur les autres le funeste avantage d'être plus actives pour la produire. C'est ainsi que l'observation démontre tous les jours que cette propriété spéciale des mercuriaux est plus développée dans les préparations insolubles que dans les autres, et que le calomel tient le premier rang sous ce rapport. La quantité de médicament nécessaire pour déterminer les phénomènes de la salivation n'est pas soumise à une loi constante; en effet, chez quelques sujets, une très petite quantité du médicament a suffi pour produire le ptyalisme. Lombard l'a vu survenir après une seule friction; Schmitz après l'administration de sept grains de calomel. J'ai observé moi-même un cas, où le malade n'en avait pris que trois grains; dans un autre cas, on n'a fait que deux onctions sur la peau. M. Lagneau raconte l'histoire d'un ramoneur, traité à la Charité d'une salivation épouvantable, qui lui était survenue après avoir ramoné la cheminée d'un doreur, bien qu'il eût pris la précaution de se couvrir la bouche et le nez d'un linge mouillé.

La durée de la médication nécessaire au développement de la stomatite, est aussi variable que la quantité de mercure employé; c'est ainsi que le ramoneur, dont parle Lagneau, fut pris au bout de vingt-quatre heures; on a vu le ptyalisme survenir le second ou le troisième jour; mais le plus ordinairement il ne s'annonce que du cinquième au huitième; c'est là le terme moyen; mais l'époque de son développement n'est pas toujours renfermée dans les limites d'un aussi court espace de temps. Quelquefois deux ou trois mois s'écoulent avant que le médicament exerce son influence sur la bouche. Plus rarement enfin, la stomatite ne se déclare qu'au bout de six mois, comme j'en ai vu un exemple, ou même au bout d'une année entière; on l'a vue se développer une seconde fois sur le même individu après trois ou quatre mois.

La manière d'administrer le médicament n'est quelquefois pas étrangère à la production de la salivation. Nicolas Massa avait déjà remarqué qu'on s'y exposait davantage en répétant l'administration du médicament. Tous les jours on voit dix à douze grains de calomel, quantité suffisante pour déterminer des selles, ne pas produire d'effet purgatif, tandis que si on les donne à doses fractionnées, la bouche devient chaude et que les gencives s'enflamment.

L'irrégularité que l'on remarque dans l'époque à laquelle se développe la salivation et dans la quantité du médicament nécessaire pour la produire, s'explique par l'action de causes variées, dont les unes peuvent tenir au tempérament ou à l'idiosyncrasie du malade, à son âge ou à son sexe; les autres, à l'état des voies digestives; d'autres enfin, à des circonstances hygiéniques, telles que le froid ou la chaleur. Je vais passer en revue les principales d'entre elles, sans chercher à les classer davantage. Tout le monde sait qu'il y a des individus privilégiés, qui prennent les préparations mercurielles sous toutes les formes, à des doses quelquefois très élevées, sans éprouver aucune action du médicament sur la bouche, sans ressentir le mouvement fébrile mercuriel, qu'il détermine chez quelques personnes, sorte de fièvre, à laquelle on a donné le nom de fièvre mercurielle, et que certains médecins ont regardée comme nécessaire pour que ce médicament agît; mais qui, loin d'être utile, est ordinairement la preuve de quelque complication, qui en contre-indique l'emploi. Chez d'autres personnes, au contraire, la bouche est si sensible à l'action du mercure, qu'elles ne peuvent en prendre des quantités très faibles, sans être aussitôt obligées de cesser son emploi, parce que leurs gencives commencent à se tuméfier. Ces différences constituent l'idiosyncrasie du malade; elles tiennent sans doute à ce que chez quelques uns d'entre eux quelques sécrétions languissent, tandis que les autres ont, soit naturellement, soit par habitude, une plus grande activité, les fonctions restant soumises même dans l'état normal individuel à cette loi, qui veut qu'elles se suppléent mutuellement: c'est ainsi qu'un homme, chez lequel les sécrétions cutanée et intestinale sont difficiles et peu abondantes, sera pris de la salivation plus facilement que celui chez lequel le plus léger stimulant suffira pour les activer, surtout s'il existe quelque lésion locale de la bouche, telle qu'une légère stomatite habituelle, simple ou scorbutique, quelle que soit la cause qui l'entretienne, qui ait préparé le terrain pour le développement des désordres mercuriels. C'est encore à cette loi qui veut que les sécrétions se suppléent, qu'il faut attribuer l'influence du froid, déjà remarquée par Sanchez. En effet, ce médecin s'était aperçu que, dans une salle de vénériens traités par les préparations mercurielles, les malades placés près des portes ou des fenêtres étaient pris de salivation plus souvent que les autres. Enfin, la chaleur, en déterminant une congestion vers la tête, peut agir directement pour déterminer le développement du ptyalisme.

Puisqu'il est démontré que la salivation est d'autant moins à redouter que les sécrétions s'exécutent avec plus d'énergie, il est rationnel de favoriser leur action par tous les moyens qui sont au pouvoir de l'art, d'assouplir la peau par des bains, c'est ainsi qu'il est avantageux d'exciter la transpiration par de douces frictions, répétées plusieurs fois par jour, de débarrasser les premières voies, de tenir le ventre libre; en un mot, de remplir une foule d'indications, sur lesquelles nous devons revenir, à l'article du traitement; de sorte que l'oubli de ces précautions toutes médicales doit être regardé comme une cause qui prédispose à la salivation.

Que le mercure soit mis en contact avec les surfaces gastro-intestinale, pulmonaire ou cutanée, qu'il soit employé dans les arts, contre la syphilis ou contre toute autre maladie, il peut déterminer les accidens de la stomatite

mercurielle, qui sont toujours identiques, sans que cependant leur intensité soit en rapport avec la dose de médicament qui a été absorbée.

Lorsque les accidens commencent à se développer, le malade éprouve dans la bouche la sensation d'une chaleur insolite, ses gencives deviennent le siége d'une légère tension, et ne tardent pas à se ramollir et à se tuméfier davantage. D'un rose pâle dans la plus grande partie de leur étendue, elles sont plus foncées autour du collet des dents, qu'elles semblent entourer d'un feston rouge, remplacé à son tour par un cercle blanchâtre. Plus tard enfin, elles se détachent des dents et finissent par s'ulcérer. Les dents, d'abord comme écartées les unes des autres, deviennent vacillantes, et le malade éprouve, en serrant les mâchoires, une sensation incommode, qu'il attribue à leur allongement. Cet allongement est peut-être réel et dû au gonflement des parties molles contenues dans les cavités de l'alvéole. Elles sont comme agacées et couvertes d'un enduit limoneux. L'haleine prend une fétidité remarquable, que l'on n'oublie pas une fois qu'on l'a sentie, et qui devient un signe pathognomonique, car elle n'appartient, pour ainsi dire, qu'à la stomatite mercurielle. La bouche est continuellement remplie d'une saveur métallique; la muqueuse buccale est tuméfiée et comme infiltrée; elle est couverte d'un enduit blanchâtre, d'abord pointillé, qui lui donne un aspect caractéristique, dont le médecin est frappé, lorsque le malade lui présente la langue.

A ce degré de la maladie, les glandes salivaires ne participent pas, pour ainsi dire, à la tuméfaction de la bouche; une légère douleur se fait quelquefois sentir dans la région qu'elles occupent, surtout au devant de l'oreille, dans les mouvemens de la mâchoire, et leur sécrétion est à peine augmentée; mais si la maladie continue à faire des progrès, parce que l'administration du médicament est continuée ou parce que l'impulsion qu'il a donnée n'est pas épuisée; la tuméfaction des parois de la bouche et des parties qu'elle renferme augmente rapidement; les joues, les lèvres et la langue présentent bientôt dans tous les points de leur étendue, qui sont en contact avec les arcades alvéolaires des sillons verticaux, séparés par des crêtes assez vives, qui correspondent à la saillie des dents et aux intervalles qu'elles laissent entre elles. C'est aussi dans ces points que se montrent d'abord les ulcérations, quelquefois même ils en sont le siége exclusif; cette circonstance s'explique naturellement par la pression mécanique qu'exercent les dents; aussi commencent-elles presque toujours là, où la pression est la plus considérable, c'est-à-dire vers les grosses molaires; puis, plus fréquemment ensuite, aux lèvres, et surtout à la lèvre inférieure. Ces ulcérations, ordinairement superficielles, se couvrent d'une pellicule ou escharre blanche; quelquefois cependant elles sont saignantes, surtout dans le fond de la bouche, où les parties se trouvent comprimées et déchirées par le fait du rapprochement des mâchoires. Tous ces phénomènes commencent ordinairement par les parties qui se trouvent en contact avec l'arcade alvéolaire inférieure.

L'inflammation est plus intense encore, la tuméfaction devient excessive; elle s'étend à l'isthme du gosier, au pharynx, quelquefois même jusqu'à l'oreille interne par la trompe d'Eustache. La langue douloureuse et ulcérée acquiert un volume assez considérable, pour que la cavité buccale ne puisse plus la contenir; elle fait alors saillie au delà des arcades dentaires, et la portion exposée à l'air se dessèche et devient noirâtre. Les gencives saignent à la plus légère pression, et les ulcérations qui sillonnent la bouche sont couvertes de véritables escharres gangréneuses, dues à la pression des dents. Les glandes parotides et sous-maxillaires, les ganglions qui environnent la mâchoire, participent à ce désordre général; elles sont comme eux gonflées et douloureuses, et sécrètent en abondance un liquide clair et d'une odeur infecte. C'est alors qu'on voit le malade, qui ne peut ni mâcher, ni avaler, ni parler, rester penché au dessus d'un vase, destiné à recevoir la salive qui s'écoule de sa bouche entr'ouverte, bordée d'ulcérations saignantes, et d'escharres noires et fétides. La figure est pâle, amaigrie, ses yeux sont saillans et humides de larmes; il n'ose remuer le cou qu'avec la plus grande précaution, dans la crainte de réveiller ses douleurs, qui semblent sommeiller lorsqu'il n'exécute aucun mouvement. La quantité de salive qu'il rend dans cette circonstance est vraiment effrayante; elle peut s'élever jusqu'à quatre ou cinq livres, dans l'espace de vingt-quatre heures.

Les différentes périodes de la salivation sont accompagnées de réaction sympathique. Le malade est en proie à la fièvre; il se plaint de céphalalgie et a perdu le sommeil, les forces et l'appétit. Des états nerveux, l'inflammation de la peau des parties voisines, celle du cerveau ou de ses enveloppes, des voies digestives, des organes thoraciques peuvent compliquer d'une manière funeste les dangers déjà si grands de la salivation.

Les phénomènes, dont j'ai rapidement tracé le tableau, présentent des degrés variés dans leur intensité et dans la rapidité de leur marche. Souvent, en effet, après un temps plus ou moins long, qui varie suivant la quantité de mercure absorbé, et suivant la susceptibilité particulière du malade, la bouche devient brûlante, les gencives se tuméfient, et les dents s'entourent d'une auréole rouge; mais il suffit de suspendre l'emploi du médicament pour voir toutes ces parties revenir à l'état normal. A ce degré, la stomatite mercurielle n'est pas une maladie, puisque, à proprement parler, elle n'existe pas encore. Mais si la quantité du médicament introduite dans l'économie est assez considérable, sans qu'une cause occasionelle puissante n'ait subitement modifié l'organisme, et que le médecin méprise l'avertissement salutaire donné par les symptômes avant-coureurs que nous avons décrits, alors la maladie se déclare, et l'on voit se développer successivement la série des désordres que je me suis efforcé de peindre avec les couleurs les plus vives, afin d'inspirer une crainte utile à ceux qui seraient tentés de traiter légèrement le funeste résultat de l'emploi des mercuriaux. En effet, si l'on voit assez souvent la salivation diminuer rapidement en quelques jours et guérir d'une manière spontanée,

plus souvent encore elle acquiert un degré d'intensité alarmant; l'inflammation gagne les parties voisines, et la maladie allant toujours croissant, la gangrène en est la terminaison funeste. Dans ces circonstances, heureux le malade, si la mortification est superficielle et bornée à la surface de ces ulcérations, car le ptyalisme a pris parfois une telle gravité, que les gencives tombent en putrilage, que les dents ébranlées abandonnent leurs alvéoles, que les joues se gangrènent, et qu'une portion du bord alvéolaire est frappée de nécrose. Quoique ces accidens soient devenus plus rares depuis que l'on manie le mercure avec moins de tenacité ou d'ignorance, ils peuvent encore s'observer dans des cas où ce médicament a imprimé aux fluides un raptus énergique vers la bouche. Ces terminaisons de la stomatite mercurielle sont des plus graves, car si elles n'entraînent pas la mort des malades, elles laissent, après la chute des escharres, des pertes de substance ou des cicatrices vicieuses, qui gênent ou même entravent entièrement les fonctions de la bouche et celles des organes contenus dans sa cavité. Quelle que soit la gravité de ces lésions locales, l'épuisement qui suit la sécrétion de la salive n'est souvent pas moins redoutable; la quantité fournie dans les vingt-quatre heures est quelquefois si considérable, ainsi que nous l'avons dit, qu'elle détermine l'amaigrissement et le marasme. Dans ces cas, le malade, réduit à un état de squelette, meurt quelquefois épuisé par les pertes énormes qu'il a faites. On ne parvient à rétablir la santé délabrée que par des soins répétés et soutenus.

Tandis que, dans les cas ordinaires, la durée de la maladie est, tantôt de cinq à six jours, tantôt de douze à vingt ou vingt-cinq, elle peut se prolonger plusieurs semaines. Cependant cette durée n'est pas toujours en rapport avec l'intensité du mal; car, s'il est vrai qu'en général le ptyalisme marche avec une rapidité qui soit en rapport avec son intensité, et qu'alors la guérison soit longue et difficile; il arrive aussi que les phénomènes s'ajoutent les uns aux autres avec lenteur, et qu'alors même ils n'acquièrent jamais de gravité. De sorte qu'autant la marche de la maladie était aiguë dans certains cas, autant elle est chronique dans d'autres. Quelquefois enfin, après avoir marché rapidement au début, les accidens de la stomatite se ralentissent et revêtent le caractère de la chronicité.

Nous avons besoin de nous arrêter un instant sur cette forme chronique de la stomatite mercurielle, parce qu'elle expose plus que l'autre à des erreurs de diagnostic. Les ulcérations, dont la bouche est alors le siége, sont plus faciles à confondre avec des ulcères syphilitiques.

Les malades qui ont fait usage du mercure restent quelquefois sujets à une gengivite légère sans aucune ulcération, et dans cette circonstance, il est indispensable de remonter à la cause prochaine de la maladie; car j'ai vu l'inflammation des gencives produite par une carie dentaire, par le tartre accumulé autour du collet des dents, offrir tout à fait le même aspect. Les préparations mercurielles produisent encore d'emblée certaines ulcérations des joues, des gencives, et aussi de l'isthme du gosier, qui ne s'accompagnent pas d'un appareil inflammatoire intense, et peuvent, sous ce rapport, simuler plus facilement les ulcérations syphilitiques; mais lorsqu'elles siègent à la gorge, il est rare qu'il n'en existe pas en même temps dans d'autres parties de la bouche.

Telle est une des formes de la stomatite mercurielle chronique, dans laquelle les glandes salivaires et les parties de cette cavité, qui ne sont pas ulcérées, participent ordinairement très peu aux désordres que nous avons décrits. Mais dans la plupart des cas, cette maladie ne ralentit sa marche, pour devenir chronique, qu'après s'être épuisée en passant par les différens états de la période aiguë. Au bout d'un certain temps, les symptômes paraissent s'amender; la fièvre s'apaise, la chaleur de la bouche devient moins vive; la langue diminue de volume; les escharres tombent; mais les ulcérations qu'elles recouvraient ne se détergent pas; elles restent enduites d'une matière grisâtre, qui leur donne un air de ressemblance avec la pourriture d'hôpital; les gencives sont d'un rouge moins vif, mais elles continuent à saigner au moindre contact; la production blanchâtre qu'elles sécrétaient a pris également une teinte grisâtre; la salive est peut-être plus épaisse et plus visqueuse; mais souvent aussi abondante, et la bouche exhale toujours une odeur infecte, qui est peut-être plus repoussante et plus nauséabonde que pendant la période d'acuité. A ce degré, la maladie conserve de la gravité, et les pertes que le malade éprouve peuvent être encore assez abondantes pour amener le marasme. Mais il est rare qu'au bout d'un certain temps, la maladie ne s'assoupisse encore davantage. La salivation est moins abondante, et les parties malades prennent un aspect scorbutique; la ressemblance est assez grande, pour que l'on ait quelquefois besoin de remonter à la cause de la maladie. A ce degré aussi, la sécrétion des follicules qui entourent les dents se trouve augmentée et détermine autour d'elles l'accumulation d'un amas de tartre, qui irrite les gencives, et sert à son tour à entretenir la stomatite.

Les désordres qui accompagnent la stomatite sont assez graves, pour avoir ébranlé fortement les parties qui composent la bouche, et pour y avoir laissé une grande aptitude à devenir malades, sous l'influence des moindres causes. Ces récidives de stomatite, quoique au fond légères pour la plupart, et ayant toujours une marche chronique et un aspect scorbutique, peuvent être considérées comme une conséquence de l'emploi des mercuriaux. On doit encore ranger dans la même catégorie la chute des dents, vers l'âge de quarante, cinquante ou soixante ans; ces ostéides s'ébranlent, chancèlent et tombent, pour ainsi dire, spontanément sans être altérées; et si l'on interroge les malades, on reconnaît qu'ils ont presque tous usé du mercure, et que ce médicament a déterminé tous les phénomènes de la salivation.

Après avoir décrit, de la manière la plus exacte et la plus succincte possible, les effets que produisent sur la bouche les préparations mercurielles employées sans ménagement, il est temps d'aborder une des parties les plus importantes de notre sujet et d'examiner comment on peut prévenir la stomatite mercurielle. Un

des premiers moyens, pour arriver à ce but, consiste dans l'administration prudente du médicament, que Chycoineau, Haguenot, Lapeyronie, etc., ont cherché à régler par leurs préceptes. C'est dans la même intention, que Nicolas Massa donnait le conseil d'employer les frictions tous les deux ou trois jours seulement, et qu'Almenar recommandait d'éloigner ou de suspendre même, dès que la bouche commençait à se prendre, pour revenir à son usage, lorsque ces signes avant-coureurs avaient entièrement disparu. Il est encore utile de commencer par de faibles quantités, que l'on augmente ensuite d'une manière progressive; car c'est presque la seule manière d'éprouver sans danger la susceptibilité individuelle de chaque malade. Enfin, quelques faits, qui ont trait à l'étiologie, doivent être rappelés ici, afin d'en faire l'application au traitement prophylactique. C'est ainsi que le praticien devra se rappeler que toutes les sécrétions se suppléent, ainsi que nous l'avons indiqué d'une manière générale, et que la peau, le canal alimentaire ou l'appareil urinaire, qui ressentent plus ou moins l'action du mercure, sont en quelque sorte solidaires les uns des autres; de sorte qu'il sera, sinon indispensable, au moins fort utile de favoriser la transpiration cutanée, ou la sécrétion urinaire, et d'évacuer les premières voies. Pour se conformer aux règles de l'hygiène, les malades devront être maintenus dans une douce température, afin d'éviter les effets funestes du froid et de la chaleur, que nous avons signalés en parlant des causes.

Il n'est pas moins important de détruire ou de corriger les conditions locales qui favorisent le développement de la stomatite en faisant nettoyer les dents, lorsque leur collet est entouré de tartre, ou en réprimant la tendance que les gencives montrent pour le scorbut par des gargarismes appropriés.

On a encore proposé certains médicamens, regardés comme correctifs de l'action du mercure. Il y a long-temps que Raulin a recommandé d'unir le camphre à l'onguent mercuriel, employé en friction; mais l'expérience n'a pas confirmé les résultats que l'on se promettait. On en peut dire autant du soufre proposé par Pihorel, et dont les effets n'ont pas encore été constatés. L'opium, en diminuant la susceptibilité générale, et par conséquent celle de la bouche, a certainement des avantages réels; mais on ne peut compter sur lui comme sur un moyen infaillible. Les pastilles chlorurées, conseillées dans ces derniers temps, sont encore plus propres à corriger l'état scorbutique de la bouche, qu'à empêcher, ou à neutraliser, d'une manière directe, l'action sialagogue du mercure.

Tous les moyens que nous venons de passer en revue mettent donc les malades dans des conditions propres à empêcher les effets du mercure, mais ne les en préservent pas d'une manière certaine; de sorte que l'on a encore cherché à faire avorter la stomatite, lorsqu'elle avait commencé; tantôt on a voulu agir directement sur les parties malades par des astringens locaux ou par des refrigérans, telles que la glace appliquée autour de la bouche et sur les glandes salivaires, etc.; tantôt par des révulsifs; c'est ainsi que l'on emploie les frictions sur la peau, les ventouses sèches ou scarifiées, les vésicatoires, les bains chauds entiers, et les pédiluves simples ou sinapisés. Les purgatifs administrés, soit par l'estomac, soit par le rectum, sont un des moyens les plus puissans pour détruire l'état fluxionnaire de la bouche. On a encore conseillé le vin pur; puis enfin, l'opium dont nous avons déjà cherché à apprécier l'action. Ces moyens sont rarement employés les uns sans les autres; presque toujours, le médecin combine leur action, afin qu'elle devienne plus énergique.

Il est un médicament, que je cite à part, quoiqu'il doive être rangé parmi les remèdes locaux, je veux parler de l'acide hydrochlorique; ma pratique de tous les jours m'a donné des résultats si satisfaisans, que je ne puis m'empêcher d'en faire une mention particulière.

Il est rare, en effet, de voir augmenter les signes qui caractérisent l'invasion de la stomatite mercurielle, après une ou plusieurs applications locales de cet acide, porté pur sur les parties affectées à l'aide d'un pinceau de charpie, en ayant le soin d'essuyer les dents, lorsque l'acide les touche. La cautérisation superficielle qu'il détermine change la manière d'être de la muqueuse, qui tend alors à se cicatriser, plutôt qu'à s'ulcérer Cette action bienfaisante de la cautérisation superficielle est, du reste, à remarquer dans une foule d'affections des membranes muqueuses.

Je le répète, la cautérisation des gencives, au début de la maladie, est la médication la plus puissante et la plus influente qu'on puisse employer. Je puis affirmer que, par ces cautérisations, faites à temps, on évitera, quatre-vingt-dix fois sur cent, les accidens fâcheux d'une salivation déjà commencée.

Si les moyens énumérés ci-dessus, et surtout l'acide hydrochlorique, n'a pas fait avorter la maladie, ou si elle a déjà fait des progrès trop grands pour permettre de songer à l'arrêter, le médecin doit encore chercher à modérer l'intensité des symptômes et à en diminuer la durée. Ces moyens sont tous ceux employés dans les maladies aiguës, et viennent d'être indiqués pour la plupart: ce sont les saignées générales, les sangsues appliquées aux angles de la mâchoire, les applications émollientes ou glacées sur les joues et sur le cou, les tranches de concombre, recommandées par Almenar; les gargarismes émolliens, conseillés depuis long-temps par Avicenne, etc., etc. On devra suivre, dans l'administration de ces médicamens, les règles qui régissent le traitement des maladies aiguës, en les proportionnant à la gravité de la maladie et à l'état particulier de chaque malade. C'est ainsi que l'on ne devra pas tenter l'usage d'un gargarisme astringent, comme Bell le recommande, si l'inflammation est très aiguë. Les bains entiers pourront être utiles; mais on devra prendre les plus grandes précautions pour que le malade n'éprouve pas en sortant l'impression fâcheuse du froid. Les bains de pieds, les ventouses sèches, employées par Massa, produiront une révulsion salutaire; mais cette révulsion sera plus efficace encore si elle est opérée à l'aide des purgatifs, administrés en lavemens, d'après le précepte d'Astruc, ou par la bouche, comme le veut Almenar. Boerhaave compte beaucoup sur l'effet sédatif de l'opium; aussi a-t-il soin de recommander

son usage. Enfin, la boisson du malade peut être délayante, laxative ou acidule.

Cette médication, variée suivant les indications, devra seule être employée pendant la période aiguë; car il serait ridicule de revenir à l'anneau d'or que Massa Brassavole, Fallope placèrent dans la bouche du malade, pour absorber les particules mercurielles, rejetées par cet émonctoire accidentel.

L'expérience n'a pas également démontré la vertu neutralisante du soufre, employé à cause de son affinité pour le mercure; celle attribuée au sulfure de chaux, par Hahnemann et Tellegen; enfin, celle du sulfure de magnésie recommandé par Cullerier oncle.

Les médecins allemands ont administré à l'intérieur le sous-acétate de plomb, sans qu'il ait produit d'effets sensibles; tandis que Delabonardière a employé ce médicament en gargarisme, et sous cette forme, il compte des succès; il est vrai qu'il noircit les dents, mais cette couleur n'a rien d'inquiétant et disparaît assez promptement.

On a tour à tour préconisé l'acide sulfurique (Pearson), l'acide nitrique et les acides végétaux; et dans ces derniers temps, l'iode, pris à l'intérieur, qui paraît posséder, à un degré plus marqué que les autres, la propriété de neutraliser les effets du mercure.

Quelques soins accessoires ne sont pas inutiles; ainsi, on recommandera au malade de ne pas avaler sa salive. Après l'avoir soumis, dans les premiers temps, à un régime assez sévère, on lui prescrira du lait, des bouillies, des potages, suivant la liberté de la mastication et de la déglutition, et si ces deux fonctions étaient par trop pénibles, on aurait recours à quelques lavemens nutritifs, pour réparer les pertes journalières qu'occasione l'abondance de la salive. On ne pourra revenir que par degré à une alimentation plus substantielle.

Lorsque la stomatite est passée à l'état chronique, on substitue les gargarismes astringens aux gargarismes émolliens, et le vésicatoire préconisé vers la fin de la période aiguë, devient alors d'une utilité plus marquée. Il est aussi indispensable d'extraire les dents cariées et de nettoyer la bouche. Lorsque, malgré toutes ces précautions, les ulcérations ne veulent pas se cicatriser, on a recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, mais de préférence avec l'acide hydrochlorique. Enfin, pour éloigner la cause qui entretient les ulcérations, c'est-à-dire pour éviter l'irritation mécanique qui resulte du contact des dents. Je recommande toujours de couvrir celles-ci de pâtes molles, préparées avec la guimauve, la gomme et l'opium, ou chargées de chlorure de soude. Cette précaution a été suffisante dans un grand nombre de cas pour amener promptement la guérison de certaines ulcérations qui avaient résisté jusque-là à tous les autres moyens.

Philippe Ricord,

Chirurgien de l'hôpital des vénériens de Paris.

II. ÉPIDÉMIE DE LA SALPÊTRIÈRE.

Deuxième partie.

Si maintenant nous essayons de résumer les conséquences générales auxquelles nous avons été conduit, nous rappellerons d'abord ce fait, qui commence à s'affermir dans la science, savoir, qu'un individu peut succomber sans qu'on puisse trouver dans ses organes une altération qui explique raisonnablement la mort. Ce fait résulte de notre troisième observation. Dans les autres, les altérations sont variables, et cependant toutes ces affections paraissent se ressembler; toutes les malades sont frappées de la même manière. Angine, coriza, frisson, céphalalgie, étourdissemens, faiblesse musculaire, tel est l'éternel enchaînement de symptômes qui marque le début dans chacune des observations précédentes. Tel est toujours le point de départ de la maladie; et c'est à partir de ce point seulement que l'on commence à observer quelque divergence dans les symptômes. A l'autopsie, c'est la localisation qui frappe d'abord; mais ici, c'est le poumon qui présente la plus grave altération; là, c'est le canal intestinal; et tantôt on n'y trouve qu'une injection pure et simple, tantôt les plaques de Peyer et de Brunner y sont plus développées que de coutume. Et puis, si l'on va plus loin, on trouve bientôt une uniformité de désordres anatomiques, qui correspond à l'uniformité des désordres physiologiques. Le cœur, le foie, les reins, la rate présentent de fréquentes altérations. Isolément ou simultanément, on trouve des ecchymoses souvent très larges, de véritables apoplexies du tissu cellulaire extérieur ou intérieur (et je puis assurer en avoir observé des exemples bien plus nombreux et bien plus tranchés que ceux que j'ai eu occasion de rapporter); de l'air développé rapidement dans les veines du cœur; une sécheresse, une friabilité, un état poisseux de tous les organes; la rate tuméfiée, ramollie ou indurée; une odeur aigre de l'estomac et du foie. Ainsi, symptomatologie, anatomie pathologique, tout est variable et changeant dans ce tableau, tout, excepté le fond même du tableau, excepté cette physionomie caractéristique qui rapproche et domine, pour ainsi dire, les symptômes les plus différens.

Il est clair, après cela, qu'on ne peut choisir aucune de ces altérations comme siége principal et point de départ de l'état morbide, pour le charger ensuite de développer une fièvre, laquelle irait, à son tour, porter le trouble dans les autres organes, et y faire naître des congestions sanguines. Laquelle, en effet, choisirions-nous qui ne dût nous échapper presque aussitôt, et quel parti prendre, d'ailleurs, quand toutes viennent à manquer complétement?

C'est ainsi qu'après avoir rejeté l'idée d'une altération constante du même organe, on est forcé d'en venir à une opinion qui est celle de beaucoup de sages praticiens : c'est que la lésion simultanée d'un grand nombre d'organes doit faire supposer une prédisposition générale dans l'organisme. Cette sentence, trop exclusive peut-être, en ce qu'elle ne fait pas assez la

part de ces cas, si bien étudiés par M. Broussais, où un organe brusquement et violemment saisi d'inflammation communique aussitôt à toute l'économie un mouvement d'irritation, qui se fixe ensuite et se localise dans les points les mieux disposés à le recevoir; cette sentence, dis-je, n'en est pas moins vraie pour le cas qui nous occupe. Oui, il est vrai qu'une disposition morbide, quelle que soit l'idée qu'on s'en forme, peut parcourir toutes les voies de l'économie, être l'agent de tous les désordres qui s'y commettent, et se prendre à la fois à tous les organes, pour leur faire subir des altérations variables, suivant les conditions spéciales dans lesquelles elle vient surprendre chacun d'eux.

Cette manière d'envisager la pathogénie de la constitution épidémique que nous étudions permet très bien de concevoir comment les altérations anatomiques peuvent manquer, ou ne pas représenter exactement la gravité des troubles fonctionnels. La raison en est simple; c'est qu'un effet suppose bien toujours une cause, mais qu'une cause peut consumer une grande force d'action et manquer pourtant son effet, en tout ou en partie. Elle explique aussi parfaitement la variété qu'on observe dans le siége de ces lésions, pourquoi une malade est prise de pneumonie, un autre d'entérite, ici simple et là folliculaire. Et cette dernière vue, surtout si l'on se rappelle l'analogie que j'ai déjà fait remarquer entre l'invasion de la maladie épidémique et celle de la fièvre typhoïde, cette vue, dis-je, me paraît tout-à-fait contraire à l'opinion de ceux qui assurent que dans cette dernière maladie les rougeurs intestinales ne sont qu'un résultat de l'état fébrile, primitivement enfanté lui-même par l'altération *spéciale* des plaques de l'iléum. C'est là un fait incontestable pour beaucoup d'autres affections, comme je l'ai déjà dit; mais ici la fièvre c'est l'irritation générale qui précède toutes les lésions, et les plaques et les rougeurs intestinales lui sont également soumises.

Ai-je voulu dire que j'ai observé à la Salpétrière une épidémie de fièvre typhoïde? Non, sans doute; mais une épidémie de *maladies générales*, qui, comme telles, ont dû présenter entre elles et la fièvre typhoïde des analogies; et ces analogies, j'ai cru important de les indiquer.

Je me hâte de terminer ces considérations générales, qui vont mal à moi d'abord, et puis à la nature du journal pratique où je les insère. Je passe à l'histoire générale de l'épidémie.

Troisième partie.

I. *Exposition des caractères anatomiques.* — Je vais examiner comment, sous l'influence de la même action morbide, chaque organe a reçu une modification matérielle, quel que soit, d'ailleurs, celui sur lequel ait porté la principale atteinte.

A. *Centres nerveux.* — Assez souvent le feuillet pariétal de l'arachnoïde offrait de la rougeur pointillée, les vaisseaux sous-jacens au feuillet viscéral, une injection le plus souvent partielle; un liquide séreux ou sanguinolent infiltrait la pie-mère; une grande quantité de sang noir gorgeait les veines des circonvolutions. La cavité arachnoïdienne était ordinairement à peu près vide de sérosité; quelquefois seulement elle en contenait une ou deux cuillerées. J'ai rapporté très au long le seul cas où la masse cérébrale était ramollie et décolorée; ce ramollissement général coïncida, au contraire, plusieurs fois avec l'hypérémie; plus rarement celle-ci s'accompagna-t-elle d'une augmentation de consistance. Je ne l'ai notée qu'une fois dans mes observations. Dans un cas, la couche profonde de la substance grise des circonvolutions était un peu plus rosée que de coutume. Hors ce cas, l'hypérémie était disséminée dans tous les autres points de l'encéphale, mais surtout dans les centres ovales, également ou inégalement; son existence était presque constante. Les plexus choroïdes et la toile choroïdienne contenaient généralement beaucoup de sang. On ne trouva qu'une seule fois une quantité *notable* de sérosité dans les ventricules.

B. *Appareil circulatoire.* — Le cœur fut trouvé dans des conditions anormales dans le plus grand nombre des cas, et dans toutes les variétés de l'affection épidémique. Une injection vive de l'un ou de l'autre feuillet du péricarde, avec ou sans fausse membrane récente; une injection semblable, partielle ou générale, avec un aspect rutilant, une dureté insolite, une forte contraction des fibres charnues; d'autres fois, un état sec ou poisseux de ces fibres, avec un ramollissement du tissu cellulaire intermédiaire à leurs faisceaux, d'où résultait une extrême facilité à les détacher les uns des autres, à les isoler; tantôt une décoloration générale ou des rougeurs partielles, d'une teinte uniforme, vineuse, et comme résultant d'une sorte d'imbibition sanguine, quelquefois de l'air dans les veines coronaires : telles sont les principales lésions notées dans l'organe central de la circulation. Elles sont, comme on voit, tout à fait semblables à celles signalées par les auteurs comme appartenant aux fièvres continues; elles confirment celles de M. Bouillaud, qui a rencontré souvent, dans ce cas, de véritables inflammations du cœur.

Je n'ai pas vu de rougeur de la membrane interne de l'aorte, ni des grosses veines. Ce fait ne pourrait-il pas trouver son explication dans le froid véritablement rigoureux qui régnait alors? Le sang trouvé dans les vaisseaux ne m'a jamais rien offert de particulier. Les veines mésentériques en étaient souvent gorgées. J'ai plusieurs fois rencontré des ecchymoses récentes dans le tissu cellulaire qui entoure l'aorte, dans celui qui unit les fibres des muscles des parois abdominales, sous l'épiderme, sous le feuillet séreux du poumon.

C. *Appareil respiratoire.* — Le larynx offrait souvent de la rougeur sur les cordes vocales inférieures et supérieures, et jusqu'à la face convexe de l'épiglotte. Mais une lésion que je ne me rappelle pas avoir vue manquer, quelle que fût la forme de l'épidémie, c'est la rougeur de la trachée et des bronches, rougeur brune, vineuse, dépourvue d'injection vasculaire, marquée surtout au niveau de la saillie des arceaux cartilagineux. Mais ajoutons bien vite qu'il est extrêmement rare d'ouvrir un cadavre de vieillard où les bronches soient complétement exemptes de cette altération. Cette rougeur ne s'accompagne jamais de ramollissement ni d'épais-

sissement de la muqueuse. Une seule fois celle-ci fut le siége de deux légères ulcérations superficielles recouvertes d'une couche de pus. Mais très fréquemment on trouvait collées contre la surface interne de la trachée, une foule de petites plaques irrégulières ou de grumeaux d'une substance demi-concrète, d'un blanc mat ou légèrement jaunâtre, qui ne m'a semblé être autre chose que du mucus solidifié, et dont l'existence n'était pas liée à un état de la muqueuse différent de ce qu'il était dans les autres circonstances. Le tube aérien contenait encore très souvent une grande quantité de mucosités épaisses et de sang rouge, qui, mélangé et comme battu avec elles, les rendait semblables à de la lavure de chair. Quelquefois ces mucosités étaient presque pures, et c'était seulement contre les parois du tube qu'on rencontrait une couche de sang qui paraissait avoir exsudé récemment à la surface de la muqueuse. Cet état sanguinolent du mucus bronchique chez des sujets qui n'ont rien expectoré de semblable jusqu'au dernier moment, est en rapport avec ce que je disais il n'y a qu'un instant sur le peu de valeur des rougeurs bronchiques trouvées sur les cadavres.

Les plèvres contenaient dans plusieurs cas une grande quantité de liquide, sans traces d'injection. Très rarement leur inflammation a-t-elle paru indépendante de celle des poumons ; elle était, au contraire, presque toujours consécutive à celle-ci.

Après ce que j'ai déjà dit du caractère des pneumonies, il est inutile d'y insister de nouveau. Elles se montrèrent sous la forme hypostatique beaucoup plus fréquemment que je ne le vois habituellement à la Salpétrière. Tel est aussi le caractère des pneumonies concomitantes, des fièvres typhoïdes. J'ajouterai que j'ai vu, au sein d'un poumon, une espèce d'apoplexie sanguine, très noire, différente de l'apoplexie ordinaire en ce que le tissu pulmonaire n'était guère plus dense qu'à l'état normal : c'était une sorte d'ecchymose assez profonde en tous les sens, et bien circonscrite ; elle coïncidait avec plusieurs autres superficielles, sous-jacentes au feuillet pleural.

D. *Appareil digestif.* — Je n'ai jamais rien rencontré d'anormal dans le péritoine. Il n'en est pas de même, comme on sait, du tube digestif. J'ai voulu voir si l'étendue et l'intensité de ses lésions étaient relatives à la durée et à la gravité de la maladie, et je me suis assuré qu'il n'en était pas ainsi ; nouvelle preuve que, semblables en cela à celles du poumon, du cœur, etc., elles n'étaient pas toujours l'effet d'une réaction sympathique, mais bien souvent le premier effet de l'influence épidémique. Du reste, tantôt elles débutaient par la partie supérieure du tube, tantôt par la partie inférieure ; quelquefois même, leur intensité paraissait tout d'abord à peu près égale aux deux extrémités.

L'œsophage m'a toujours paru sain, à part dans quelques cas, une hypertrophie considérable des glandes muqueuses.

Comme je l'ai fait pour le poumon, je ne m'attacherai pas à décrire longuement les diverses nuances de rougeur trouvées dans le tube digestif : légère ou intense, pointillée ou arborisée, générale ou partielle, rutilante ou violacée, j'ai observé toutes les variétés. En général, quand elle existait dans la partie inférieure du canal, elle allait en diminuant du cœcum à l'anus. Dans un cas, les deux tiers de la muqueuse digestive étaient occupés par une rougeur sanglante, parsemée d'une foule de petites ulcérations superficielles, à bords plus rouges encore et ramollis. D'autres fois, c'étaient de larges ecchymoses disséminées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Quand les follicules de Peyer étaient hypertrophiés, ils étaient assez souvent entourés d'une vive injection, mais souvent aussi cette injection manquait. Ce développement, presque toujours accompagné de celui des follicules isolés, s'annonçait tantôt par un relief de plaques elliptiques, d'un blanc grisâtre, jamais ulcérées ; tantôt par une réunion de petits points noirs, entourés d'une auréole rosée. J'ai noté fréquemment une viscosité insolite du mucus de l'estomac, et de la première portion des intestins grêles : souvent aussi l'iléum, le cœcum et le colon ascendant contenaient des matières fécales ramollies ; on en rencontrait rarement dans le reste des gros intestins qui, tantôt en renfermaient de solides ou même dures et en marrons, et tantôt n'en renfermaient pas du tout. Le rectum était surtout ordinairement vide en tout ou en partie. Quand le météorisme avait existé pendant la vie, les gros intestins étaient distendus par une grande quantité de gaz.

La rate était souvent volumineuse et ramollie, flasque ou ferme, et d'un rouge franc ; d'autres fois comme spongieuse et ressemblant à un placenta. Telle était celle de la troisième observation. Il y eut en outre une remarquable coïncidence entre la présence des plaques intestinales et le gonflement de la rate ; et ce fait acquerra plus d'importance encore, si l'on observe que ce gonflement se trouvait précisément exister à un très haut degré dans les cas où j'ai noté la sécheresse et l'état poisseux des principaux viscères, l'odeur aigre de quelques uns, et des ecchymoses dans un grand nombre de points du tissu cellulaire.

J'ai toujours trouvé le pancréas exempt d'altérations.

Quant au foie, la lésion la plus constante qu'il m'ait offert est un engorgement sanguin avec ou sans ramollissement de son tissu ; la veine-porte contenait en même temps beaucoup de sang noir liquide. J'ai trouvé deux fois parfaitement tranché cet état pathologique signalé par M. Louis dans la fièvre typhoïde, dans lequel le foie, sain en apparence, présente cependant une friabilité insolite. Il paraissait en outre, et cette circonstance n'est pas indiquée par M. Louis, plus flasque qu'à l'état normal, s'affaissait sur la table à la manière d'une rate, et répandait une odeur aigre ; cette odeur existait parfois sans altération appréciable du parenchyme. — La vésicule à l'état normal. — La partie supérieure des intestins contenait en général beaucoup de bile.

E. *Appareils sécréteurs.* — Les reins ont presque toujours été trouvés rouges et piquetés de sang, surtout dans la substance corticale. Je n'ai pas assez examiné la vessie pour rendre compte de son état.

J'ai vu un gonflement considérable et une suppuration des deux parotides, dans un cas; il s'agissait d'une pneumonie.

J'ai noté enfin ce vice de sécrétion, d'où était résultée la sécheresse de tous les tissus en général, et des séreuses en particulier.

II. *Exposition des lésions fonctionnelles.* — Il a été rare de voir l'état morbide se localiser d'emblée. Dans un très petit nombre de cas, j'ai pourtant vu toute espèce de prodrômes manquer ou ne consister qu'en de la fatigue musculaire. S'agissait-il de cas simples, intercurrens ? Quoi qu'il en soit, quelquefois le cachet épidémique s'imprimait plus tard sur la maladie. La femme qui nous offrit le gonflement des parotides est dans cette catégorie. Mais voici quelle était la physionomie ordinaire du début.

De la céphalalgie ou un sentiment de pesanteur à l'occiput, avec roideur douloureuse à la partie postérieure du cou, et même jusque entre les deux épaules; des étourdissemens accompagnés, chez quelques femmes, de fourmillement et d'engourdissement des extrémités, du coriza, de l'angine, préparaient la scène pendant plusieurs jours ou même une ou deux semaines; il s'y joignait quelquefois des épistaxis: au bout de ce temps survenait un accès de frisson; souvent, cependant, ce frisson fut le premier symptôme, ou se mêla aux autres prodrômes sous forme d'horripilations irrégulières. La fatigue musculaire, si elle n'existait pas encore, se déclarait; elle faisait de rapides progrès *à mesure que se dessinait la lésion locale d'un appareil.* Les jeunes filles étaient violemment courbaturées, elles avaient une fièvre vive et franchement inflammatoire. Les vieilles femmes étaient jetées sur-le-champ dans un état d'affaissement, d'indifférence pour les choses extérieures, de somnolence, de stupeur même, qui suffisait souvent pour annoncer l'invasion de l'épidémie chez celles qui arrivaient au début, ou qui en étaient saisies dans les salles mêmes de l'infirmerie. Cet état est d'autant plus remarquable qu'il est loin d'appartenir, comme on le dit tous les jours, à la pneumonie des vieillards, ce qui ne veut pas dire pourtant qu'on ne l'y rencontre jamais. C'est un point de pratique que M. Hourmann et moi nous proposons de toucher dans un travail sur les maladies des vieillards. Cet aspect adynamique manqua même tout à fait chez plusieurs femmes pneumoniques observées pendant la durée de l'épidémie, mais beaucoup plus rarement que de coutume: ce sont ces cas surtout qui peut-être n'étaient qu'intercurrens.

1° L'état morbide pouvait se concentrer dans les centres nerveux; il survenait alors des bourdonnemens d'oreille, la prostration et la stupeur se prononçaient davantage; la malade ne pouvait plus se mettre sur son séant; si on l'y plaçait, elle vacillait, tombait de côté et d'autre, et s'endormait souvent dans les positions les plus pénibles dès qu'on cessait de fixer son attention; les réponses étaient lentes, la langue paresseuse à se montrer; il y avait un délire fuyant, sourd, concentré, avec mussitation; des spasmes et des soubresauts par intervalles; les paupières étaient appesanties, comme turgescentes; la pituitaire engouée, et le passage de l'air bruyant dans les fosses nasales. J'ai ouvert des malades qui ne m'avaient offert que ce groupe de symptômes: le cerveau seul était congestionné, et, s'il avait existé quelques troubles dans les autres organes, l'autopsie ne les expliquait pas (Obs. 3). Dans quelques cas, les poumons s'étaient engoués *plus ou moins tardivement*, mais par leurs parties postérieures et en l'absence des signes qui annoncent ordinairement l'invasion d'une pneumonie.

2° D'autres fois, la localisation morbide se faisait, soit à la fois et d'une manière rapide sur les deux appareils respiratoire et digestif, soit sur l'un ou sur l'autre spécialement. Relativement à la première catégorie, je n'ai rien de mieux à faire qu'à citer le fait suivant: Une femme, bien portante le matin, est prise tout à coup d'une agitation extraordinaire, appelle son mari, fléchit sur ses jambes, ne peut rendre compte de ce qu'elle éprouve. On la transporte à l'infirmerie: je la vois le soir, elle est déjà sans connaissance, la bouche ouverte et râlante; il y a des symptômes tranchés de souffrance intestinale; la pression est très douloureuse. Elle meurt le lendemain matin. — A l'autopsie, on trouve une vive injection des méninges en plusieurs points, et du cerveau en totalité; la moitié de la muqueuse digestive est le siége d'une rougeur intense; elle est surtout très tranchée autour d'une plaque de Peyer anormalement développée. Le sang abonde dans le foie, la rate est molle; les fibres du cœur sont injectées; le lobe inférieur de chaque poumon gorgé d'écume sanguinolente, dense et friable; les autres organes à l'état normal. — Qui ne voit qu'ici un mouvement brusque, violent et général a bouleversé tout à coup l'économie et partagé entre les trois cavités une grande partie de la masse du sang. Si le développement de la plaque intestinale n'est pas antérieur, il est aussi bien digne d'attention.

3° *Lésions de l'appareil respiratoire.* — C'étaient à beaucoup près les plus nombreuses et les plus graves. Chez les jeunes filles, les points de côté étaient assez fréquens; mais j'ai été frappé d'une chose, c'est que, lors même qu'ils ressemblaient le plus aux points pleurétiques et par leur mode d'invasion, et par leur fixité et leur circonscription, et par leur caractère brûlant et pongitif, ils augmentaient presque constamment par le simple contact des parties molles du thorax, du sein par exemple, étaient suivis rarement d'épanchement, plus souvent de pneumonies, et guérissaient beaucoup mieux par les narcotiques que par les évacuations sanguines. Quelquefois, d'ailleurs, la douleur s'irradiait le long de la partie interne du bras; c'était évidemment une pleurodynie tantôt circonscrite et tantôt diffuse. Dans ces cas, l'angine était plus violente, la voix s'éteignait, la déglutition s'accompagnait d'un sentiment d'ardeur, derrière le sternum. La réaction fébrile était aussi très intense, se soutenait long-temps au même degré, et était très sujette à des exacerbations tout à fait en désaccord avec la marche et l'intensité de la douleur. Quelquefois alors survenaient des vomissemens très douloureux de matières bilieuses, très irréguliers,

très capricieux dans leur manière d'être, cessant et revenant sans cause, peu en rapport avec les autres symptômes gastriques. En observant ces faits, je me rappelais ceux absolument semblables observés par Sarcône, à Naples, en 1764, précisément pendant les mois de mars et d'avril.

Chez les vieillards, l'irritation commençait ordinairement par les bronches, et s'y bornait quelquefois; mais le plus souvent elle cheminait jusqu'aux vésicules. — Quand le point pleurétique manquait, la respiration était en général peu gênée ; quels que fussent d'ailleurs l'étendue et le degré de la pneumonie. — La toux n'avait rien de particulier; elle était quelquefois laryngée, et la voix était rauque et voilée. — Les crachats avaient assez souvent un caractère remarquable. Ce n'était pas la teinte rouillée ordinaire, dans laquelle la couleur fauve ou légèrement noirâtre des crachats, assez inhérente à leurs petites particules pour n'en pas troubler la transparence, indique que le sang et le mucus ont été sécrétés ensemble, tout près des extrémités bronchiques. La différence tenait à deux circonstances : 1° à ce que le sang expectoré était d'une couleur rouge analogue à celle qu'offre la chair de boucherie encore fraîche; 2° à ce que sa combinaison avec la matière des crachats était moins intime. Ainsi modifiés, ces crachats consistaient tantôt en des mucosités véritablement sanguinolentes, ou simplement coupées de stries de sang; tantôt en des masses opaques, plaquées, enduites à leur superficie seulement d'une couche plus ou moins complète de sang, en sorte qu'elles paraissaient l'avoir ramassé, en passant par de gros tuyaux, le long de leurs parois; d'autres fois encore, en une espèce de purée liquide, jaunâtre et légèrement rosée. Quand la combinaison du sang et des mucosités paraissait un peu intime, ces crachats ne pouvaient être mieux comparés, pour la couleur au moins, qu'à de la lavure de chair. Je n'ai pas retrouvé dans les crachoirs les petits grumeaux grisâtres dont j'ai parlé. — J'ai peu observé de crépitation pure, mais seulement un râle muqueux plus ou moins serré; mais le signe stéthoscopique le plus constant, c'était un *râle sonore universel*, semblable à celui que donnent les pneumonies des fièvres typhoïdes, comme toutes celles qui se font par engouement. Ce râle était même souvent un signe malheureux, annonçant à grand bruit un engouement des bronches, peu grave en lui-même quand il ne s'accompagne pas d'une sécrétion capable de produire l'asphyxie, et couvrant les râles plus fins, indicateurs d'un point phlegmasique au sein même du parenchyme. — La sonoréité et l'élasticité pulmonaires, dans ces cas, étaient diminuées partout en arrière; et c'est alors surtout que la percussion avait de l'avantage, en ce que, découvrant une vaste congestion sanguine et dans les capillaires des parois bronchiques, et dans le tissu cellulaire qui les unit, elle corrigeait ainsi les faux résultats de l'auscultation.

Je me hâte de dire en terminant ce qui a rapport au système respiratoire : qu'en faisant l'histoire des désordres anatomiques et physiologiques tels qu'ils se sont offerts pendant l'épidémie, je n'ai pas voulu dire qu'on n'en observe jamais de semblables dans les autres temps; on verra bien que beaucoup d'entre eux sont fréquens dans les pneumonies des vieillards. Mais parmi ceux-ci, il y en a qui sont propres aussi aux pneumonies concomitantes des fièvres continues, et ceux-là se sont montrés beaucoup plus souvent qu'à toute autre époque.

4° *Lésions de l'appareil digestif.* — Je dois commencer par faire remarquer que les cas qui se rapportent à cette série auraient pu paraître moins nombreux aux personnes qui, ne jugeant que par les autopsies, auraient été frappées de l'extrême fréquence des altérations pulmonaires réellement trouvées dans la grande majorité des cas, et auraient pu y voir constamment la localisation de l'état morbide épidémique. Mais j'ai une observation à faire. Une gastro-entérite chez un vieillard guérit encore assez facilement, ou passe à l'état chronique; une pneumonie bien décidée lui fait rarement grâce. Ne voilà-t-il pas une raison suffisante pour qu'on rencontre *sur les cadavres* plus de pneumonies que de gastro-entérites aiguës? Il faut donc nécessairement ici, si l'on veut avoir les élémens d'une comparaison rigoureuse, tenir compte surtout des guérisons. Ensuite, avant d'étudier les cadavres, il faut avoir étudié les malades, avoir bien suivi l'enchaînement et la filiation des symptômes, pour savoir distinguer des véritables inflammations du poumon ces engouemens hypostatiques survenus, il est vrai, pendant la vie, mais tout à fait consécutifs à l'affection intestinale.

Une éruption bulleuse se faisait quelquefois sur les lèvres. La bouche était fréquemment sèche, brûlante; le pharynx, le voile du palais, d'un rouge plus ou moins intense. Je n'y ai jamais vu de fausses membranes. Le plus souvent un vomissement verdâtre, ou de matières alimentaires, ouvrait la scène. Cependant il n'annonçait pas toujours que l'irritation allait se fixer dans les premières voies; car souvent il cessait bientôt pour être remplacé par les signes d'une autre affection, qui devenait ensuite prédominante. Mais il n'en était pas toujours ainsi; quelquefois les désordres se maintenaient dans l'estomac et le duodénum; alors les nausées ou les vomissemens continuaient, la douleur épigastrique était à peu près constante, la langue quelquefois rouge, mais le plus souvent noirâtre et croûteuse. Ne perdons pas de vue d'ailleurs qu'il s'agissait de vieillards. J'ai vu plusieurs fois les dents fuligineuses.

L'irritation s'attaquait-elle surtout à la partie inférieure du tube, voici ce qu'on observait. La douleur abdominale manquait dans un bon nombre de cas, ou ne s'éveillait qu'à la pression. Elle était presque toujours générale, partout d'une égale intensité; une fois, elle était vive, surtout dans la fosse iliaque gauche; elle prit une fois un caractère assez aigu pour mentir une péritonite. J'ai noté fréquemment le météorisme, et même à un degré remarquable, et je l'ai vu augmenter notablement d'un jour à l'autre. La diarrhée fut rare, et l'autopsie nous en a ordinairement révélé la cause matérielle. Jamais je n'ai rencontré d'hémorrhagie intestinale. Je n'ai vu non plus ni taches roses lenticulaires, ni sudamina; seulement, dans un cas cité plus haut, remarquable

par plus d'un symptôme typhoïde, j'ai décrit des lignes rosées sillonnant la partie inférieure des parois abdominales.

J'observe que je ne fais que constater l'existence et les particularités de ces symptômes, parce que je ne veux pas plus décrire ici la gastro-entérite que je n'ai décrit tout à l'heure la pneumonie. Les observations citées suffiront d'ailleurs pour en indiquer la marche et le mode de génération.

5° *Symptômes propres à toutes les variétés de l'épidémie.* — La peau offrait toujours une chaleur très élevée, tantôt sèche et mordicante, tantôt, et plus souvent, accompagnée de sueur, soit (chose remarquable) au milieu même des paroxismes, soit surtout vers la déclinaison de la pyrexie. Cet état de la peau est d'autant plus important à noter, qu'il a été observé dans toutes les épidémies de grippe, tandis qu'au contraire il est rare à toutre autre époque chez les vieillards, même dans les pneumonies. — Le pouls, chez les jeunes filles, était en général plein, vigoureux, régulier; chez les vieillards, on le trouvait ou dur, peu fréquent, irrégulier, presque toujours intermittent toutes les 5 ou 10 pulsations, ou, quoique beaucoup plus rarement, d'une rapidité extrême, avec ou sans irrégularité. L'intermittence s'observait quelquefois dès le début, mais le plus souvent après quelques jours de maladie. A la même époque, à l'Hôtel-Dieu, M. Piedagnel ayant à traiter beaucoup de grippes, chercha le pouls intermittent chez tous les malades, et ne le rencontra que chez le petit nombre de vieillards qui se présentèrent. Or, cette circonstance dépend incontestablement de l'influence épidémique; car, bien qu'il s'agisse de vieillards, elle s'est offerte avec une fréquence que je n'avais pas encore observée, et que n'ai pas revue depuis cette époque. — Le sang tiré des veines n'était presque jamais couenneux, même dans les cas de pneumonies; le caillot remplissait la largeur du vase; la sérosité était extrêmement peu abondante ou complètement nulle.

J'ai observé plusieurs fois chez des vieillards et des jeunes filles, dans presque toute l'étendue du corps, une éruption discrète ou confluente de petites pustules surmontées d'autant de vésicules remplies de sérosité limpide, puis lactescente, qui bientôt devenue libre par la rupture des vésicules, se concrétait au contact de l'air. Quelquefois, quand l'éruption était très confluente, il en résultait de véritables et larges ulcérations, parsemées de croûtes flavescentes. Cette éruption s'accompagnait d'un violent prurit.

Indépendamment de la courbature, les malades éprouvaient souvent de soudaines douleurs dans les bras, les mollets et surtout la plante des pieds.

Enfin, j'ai rencontré le météorisme dans toutes les variétés épidémiques, et spécialement dans celles où le trouble paraissait concentré dans les centres nerveux.

III. *Marche, pronostic.* — Quand l'irritation éclatait à la fois dans toutes les directions, un trouble profond était soudainement imprimé à tout l'organisme, et la mort survenait avec une inexorable rapidité. Plus souvent, au contraire, les malades tombaient dans une sorte de langueur indéfinissable. Quelques unes, couchées en supination, ne soulevaient leurs membres qu'avec peine; d'autres tombaient dans une sorte d'hébêtude. Les unes accusaient une somnolence invincible, les autres, en plus petit nombre, une opiniâtre insomnie, presque toutes une faiblesse aussi désespérante pour elles qu'embarrassante pour le médecin. Disons cependant qu'à mesure que le nombre des malades diminuait, l'adynamie devenait moins prononcée, et la localisation plus franche et mieux caractérisée. La durée moyenne de la maladie fut d'ailleurs extrêmement variable, et je ne puis rien préciser à cet égard. Les pneumonies marchaient tout naturellement plus vite que les gastro-entérites. Dans tous les cas, quand les accidens locaux paraissaient avoir complétement disparu, les malades conservaient souvent la peau chaude, le pouls fréquent, avec des sueurs nocturnes générales, pendant 8 ou 10 jours, après quoi la convalescence se déclarait définitivement. Il importait, pendant cette période, de ménager les viscères, si l'on voulait éviter de nouvelles localisations; quelques unes ont été prises deux fois de l'épidémie, avec tout l'appareil de son début et de sa marche; mais cela n'est jamais arrivé que dans les cas les moins graves.

Le pronostic variait donc, 1° suivant la durée, 2° suivant l'intensité, 3° suivant l'époque, 4° suivant le siége de la maladie; il variait encore 5° suivant l'âge et la constitution. Nous avons déjà vu en effet quelle différence existait, sous ce rapport, entre les jeunes sujets et les vieilles femmes. Ajoutons que chez ces dernières le pronostic était quelquefois amèrement déjoué; il n'était pas rare de voir des malades passer en 24 heures d'un état morbide peu inquiétant à l'agonie et à la mort (*Obs.* VI).

IV. *Causes.* — Leur étude, dans une épidémie, doit se borner à certaines conditions générales relatives soit aux modificateurs externes, soit à l'état actuel des individus.

La température avait été généralement douce et uniforme pendant l'hiver; une fois seulement, dans le courant de février, le froid devint rigoureux, et les salles de l'infirmerie se peuplèrent de pneumoniques. Ce mouvement avait cessé, quand, dans le commencement de mars, un froid vif et piquant commença à se faire sentir soir et matin; et, dans la journée, tandis que la chaleur du soleil était bonne et pénétrante, soufflait un vent violent qui forçait souvent à respirer dans une atmosphère de poussière. Ces conditions nuisibles devinrent surtout manifestes vers le 10 et le 11; aussi est-ce à cette époque que les premiers symptômes épidémiques éclatèrent dans le dortoir des incurables, où elle se renferma d'abord jusqu'au 16 ou 17, époque à laquelle, s'étant étendue sur le reste de l'hospice, elle commença à fournir des malades à ma division.

J'ai extrait des *Annales de chimie et de physique* les moyennes des variations survenues pendant le mois de mars, dans la hauteur du baromètre et du thermomètre, et j'y ai joint, dans le tableau suivant, les variations correspondantes survenues dans le mouvement de l'infirmerie, d'après les registres de la surveillante en chef.

JOURS.	9 H. DU MATIN.		MIDI.		3 H. DU SOIR.		9 H. DU SOIR.		MOUV. DE L'INFIRM.		
	BAROM.	THERM.	BAROM.	THERM.	BAROM.	THERM.	BAROM.	THERM.	ENTRÉES.	SORTIES.	MORTES.
Du 1er au 10.	766,88	+ 10,2	766,78	+ 13,1	765,91	+ 13,2	766,09	+ 9,4	5,6	4,5	1,7
Du 11 au 20.	767,60	+ 4,7	767,19	+ 7,6	766,24	+ 9,2	766,84	+ 4,7	12,7	8	4,5
Du 21 au 31.	758,31	+ 7,8	758,03	+ 10,7	754,46	+ 10,6	757;99	+ 6,4	16,5	6	6

Ainsi, dans les dix premiers jours du mois de mars, la température variant dans le courant de la journée de + 9, 4 (thermomètre centigrade), à + 13, 2, il entre à peine par jour 6 malades à l'infirmerie. La température descend entre 4, 7 et 9, 2, et le chiffre des entrées est plus que doublé, celui des morts est quadruplé, ce qui indique que l'augmentation de la mortalité ne dépendit pas seulement de l'augmentation survenue dans le nombre des malades, mais bien aussi de la malignité de la maladie. Du 21 au 31 la température se relève un peu, et cependant le chiffre des entrées et des morts augmente encore, celui des sorties diminue. A quoi tient cette espèce d'anomalie? suffirait-il que l'impulsion fût une fois donnée, pour que ses effets pussent se continuer quelque temps?... Notons toujours qu'à la fin du mois, la température, pour s'être un peu relevée, ne revient pas à son premier état.

Du 1er au 10, la température, observée à trois époques de la journée, ne varia que d'un peu moins de quatre degrés. Du 11 au 20, assez élevée vers les trois heures après midi, elle baisse de près de cinq degrés le soir et le matin. Cette variation est d'un peu plus de quatre degrés, observée du 21 au 31.

Il suit de ce qui précède, que deux causes agirent dans le développement de l'épidémie, savoir : 1° l'abaissement rapide, 2° les variations brusques de la température atmosphérique.

Le ciel avait été en général couvert et nuageux jusqu'au 10 mars ; il commença à s'éclaircir et à devenir beau précisément à l'époque où éclata l'épidémie. Il redevint au contraire très nuageux du 22 au 31. Est-ce à cette cause qu'il faut attribuer l'augmentation observée dans le nombre des malades à cette époque, malgré une légère élévation de température? cette seconde influence a-t-elle continué ce que le froid seul avait commencé.

Celle d'un vent de nord-est parut ici très manifeste. Il naquit précisément avec l'épidémie, et fut invariable jusqu'au 22. Auparavant, la direction du vent avait été très variable; les jours suivans, elle s'incline davantage du côté de l'ouest.

Pressé de rendre ce travail, et le numéro d'avril des *Annales* n'ayant pas encore paru (1), je ne puis donner sur ce mois les observations météorologiques aussi détaillées que sur le précédent. Voici pourtant les notes que j'ai prises.

Le froid diminue notablement du 3 au 6, en même temps que la violence du vent s'apaisa; la journée du 6 fut même très belle; mais elle reparut dès le lendemain, et se continua pendant la plus grande partie du mois avec des alternatives très variables; généralement le vent fut moins vif que dans le mois de mars. — Du 1er au 10 avril, la moyenne des entrées fut de 10,2, celle des sorties de 8,5, celle des morts de 5. Du 11 au 20, les moyennes furent de 7, 2- 7, 3-1 ; après quoi elles n'offrirent plus rien d'extraordinaire. La journée du 13 avait été marquée par une pluie fine et froide mêlée d'un peu de neige; le chiffre des entrées de 5 qu'il était la veille, était à 15 le lendemain, à 10 le surlendemain.

Après ces résultats, qu'on se rappelle l'importante distinction établie, sous le rapport de la fréquence des pneumonies, entre les typhus d'hiver et les typhus d'été, et l'on saisira de plus en plus les rapports qui unissent cette épidémie aux fièvres typhoïdes proprement dites.

L'influence d'une habitation malsaine a pu être appréciée jusqu'à un certain point. C'est dans les dortoirs des incurables et de Saint-Léon que l'épidémie parut exercer le plus de ravages, et ces deux divisions, mal aérées, sont les plus malsaines de la maison, la première surtout, remplie de femmes chez lesquelles de nombreuses infirmités ont le triple effet d'empêcher l'exercice, d'affecter le moral, d'entretenir les organes dans de fâcheuses prédispositions.

Il m'est impossible, dans un établissement presque tout peuplé de vieillards, de rien établir de rigoureux sur l'influence de l'âge; je

(1) Au moment où j'écris ceci.

dirai seulement que, relativement à leur nombre, les jeunes filles m'ont paru avoir assez souffert.

Enfin, des recherches faites à dessein dans les dortoirs mêmes, ne m'ont rien montré qui pût me faire soupçonner la contagion.

V. On éprouva d'abord quelque irrésolution dans le choix des moyens thérapeutiques; je me borne à indiquer ceux qui constituèrent le fond de la thérapeutique.

Dans les formes inflammatoires franches, chez les jeunes sujets, des saignées générales qu'on avait rarement besoin de répéter, des sangsues à l'anus, des boissons rafraîchissantes, un régime sévère. Quand l'irritation se concentrait dans les centres nerveux, de l'eau froide ou de la glace sur la tête, des sangsues derrière les oreilles; ou, si les symptômes se bornaient à de la somnolence, à un état d'ivresse, etc., souvent encore des sangsues, mais surtout des vésicatoires volans, des sétons à la nuque, des sinapismes aux pieds. J'affirme d'ailleurs que, dans toutes les formes et à toutes les époques de l'épidémie, ces derniers moyens employés contre l'état général, en même temps qu'on attaquait les centralisations morbides, ont toujours amené d'excellens résultats, et déterminé ou hâté la convalescence. Les révulsifs internes arrachaient quelquefois à l'assoupissement, mais momentanément; on les employait peu d'ailleurs à cause de la tendance aux localisations inflammatoires.

Dans les pneumonies, les saignées générales avaient quelquefois l'inconvénient d'augmenter l'adynamie; elles étaient pourtant nécessaires quand tout le poumon paraissait se congestionner; dans le cas contraire, on les remplaçait souvent par les saignées locales; on faisait suivre les unes et les autres de nombreux et larges vésicatoires volans sur les points malades, et c'est peut-être un des moyens dont l'efficacité est la mieux reconnue dans les pneumonies de vieillards. Il fallait s'abstenir de potions et loochs opiacés, quand il existait un affaiblissement trop marqué de l'innervation. Le kermès à hautes doses ne m'a jamais paru agir que comme irritant du tube digestif.

Quand l'écume s'accumulait dans les bronches, et que les malades étaient menacées de mourir par suffocation, on avait recours à de fortes doses de tartre stibié, à des sinapismes appliqués entre les épaules ou sur les parties antérieures du thorax; on a eu quelquefois à se louer de ce dernier moyen.

S'agissait-il d'une pleurodynie telle que je l'ai décrite, les opiacés avaient au contraire ici le plus grand avantage; ils réussissaient mieux que les sangsues, et quelquefois merveilleusement.

Dans quelques cas rares, on fut obligé d'attaquer directement les inflammations de la gorge. Les saignées générales convenaient mieux alors que les locales.

Je ne dirai rien du traitement des lésions du tube digestif, parce qu'il n'a rien présenté de particulier.

Dans les cas où la convalescence fut retardée par cet état de langueur et d'adynamie dont j'ai parlé, on employa plusieurs fois les toniques, le quinquina, l'acétate d'ammoniaque; mais je dois dire que ces moyens n'eurent aucun avantage chez le plus grand nombre de malades, que celles-ci ne pouvaient les supporter que pendant quelques jours, et qu'ils déterminèrent souvent de graves désordres dans le tube digestif. Il m'a semblé qu'on tirait un parti bien plus avantageux des frictions sèches, des révulsifs externes, et surtout de l'application de larges vésicatoires promenés sur la superficie cutanée, à la nuque, aux cuisses, sur le thorax.

Le régime fut sévère, tant que les accidens locaux ou généraux persistèrent; les moindres écarts avaient toujours des inconvéniens. Mais une fois la convalescence bien décidée, on s'empressait de rappeler les forces par du vin aussi généreux et des alimens aussi fortifians que peuvent le permettre les habitudes de la maison.

A. Dechambre,
Interne à la Salpêtrière.

III. Histoire pathologique d'un homme présentant des désordres nombreux et insolites dans les fonctions du système nerveux; par M. Thirial, *docteur-médecin.*

La science possède des exemples remarquables de névroses de tous genres; mais il est douteux que ses annales nous offrent une observation plus curieuse que celle dont je vais faire part au public médical; plus curieuse, tant par la nature des phénomènes que par leur diversité, vraiment protéiforme, et leur réunion chez le même individu. Au moment où les grandes questions de la pathologie nerveuse sont soulevées de toutes parts, j'ai pensé que ce fait pourrait être recueilli avec intérêt; et s'il a quelque utilité scientifique, je me féliciterai de l'avoir livré à la publicité :

M. F..., actuellement âgé de trente-six ans, cheveux châtain clair, poitrine large, constitution en apparence très robuste, muscles développés, embonpoint considérable, offrant enfin tous les attributs assignés au tempérament athlétique-sanguin; doué d'une douceur et d'une bonté d'âme remarquables, d'une figure où la bonhomie s'allie à une certaine finesse, d'un esprit naturel et singulièrement ingénieux, bien que peu cultivé; tel est, sous le rapport physique et moral, celui qui va faire le sujet de notre observation.

Pendant son jeune âge, M. F... annonçait déjà une imagination facilement impressionnable; souvent, pendant le jour, sa tête était travaillée par mille idées fantastiques; la nuit, son sommeil était troublé par des rêves pénibles, des cauchemars effrayans; et plus d'une fois il présenta quelques phénomènes qui peuvent se rapporter au somnambulisme naturel. A l'âge de vingt ans, le sort le fit soldat, et il servit près de deux ans dans la cavalerie. Ce fut à cette époque que commença la longue série de ses malheurs : pendant qu'il était au régiment, il fit plusieurs maladies assez graves; dans l'une d'elles il éprouva des symptômes tellement subits et formidables, qu'il crut pouvoir les attribuer

à un empoisonnement par l'arsenic. Après avoir été en proie aux plus grandes souffrances, il parvint cependant à guérir; mais cette violente secousse parut avoir vivement ébranlé son système nerveux.

Peu de temps après sa sortie du régiment, il reçut un coup de couteau dans la région hypochondriaque gauche : pour ne pas compromettre son assassin, il tint sa blessure secrète, et il eut encore des symptômes assez graves. Ces causes et plusieurs autres, agissant chez un individu prédisposé, semblèrent augmenter son état de surexcitation nerveuse, et peu de temps après un grand saisissement, causé par la peur d'un incendie, vint comme y mettre le comble. En effet, c'est à cette époque que le malade croit devoir faire remonter la première apparition de ses attaques de nerfs, et des autres phénomènes nerveux qui les accompagnent.

Il y a six ans, il rentrait chez lui, le soir, lorsqu'il se sentit frappé dans le gras de la jambe droite par un instrument piquant et tranchant; le mollet avait été profondément entamé; quelques heures après, les chairs faisaient saillie à travers la plaie; alors le malade s'avisa de prendre un charbon ardent et de brûler profondément les parties qui formaient la tumeur; par suite de cette imprudence, ou par toute autre cause, il fut pris d'un violent tétanos, auquel il eut encore le bonheur d'échapper, grâce à un traitement antiphlogistique très énergique.

Enfin, une foule d'autres accidens, que je ne rapporterai pas, des aventures, des traverses de tous genres; la dernière révolution, la perte entière de sa fortune; et pour comble de ses maux, un mariage qui fut pour lui la source de mille chagrins. Tant de causes réunies portèrent les plus grands troubles dans tout son organisme.

Le malade, interrogé avec soin sur toute sa vie passée, fait donc remonter à plus de dix ans la première invasion de sa maladie; ses attaques de nerfs, d'abord assez rares, sont devenues fréquentes, et l'état de somnambulisme les suit dans la même proportion : il raconte que, pour peu qu'il soit prédisposé, en lui passant la main plusieurs fois sur le front, on peut facilement l'endormir; et il affirme que plus d'une fois son barbier, en le rasant, a déterminé chez lui le somnambulisme.

Dans cet état, ses sens sont exaltés, mais surtout le toucher, et des médecins lui ont, dit-il, reconnu la faculté de lire avec les doigts sans le secours des yeux. Sa mémoire qui, dans l'état de veille, est médiocre, devient alors prodigieuse; il a pu, dit-il, répéter, presque mot pour mot, un livre qu'il avait lu dans la journée; réciter un sermon qu'il venait d'entendre, en accompagnant son débit d'une pantomime expressive.

Il habitait alors une grande ville de province, et il y fut soigné par les médecins les plus distingués; tous les moyens furent épuisés, toutes les méthodes essayées, mais sans succès. Au contraire, tous les remèdes énergiques aggravaient constamment son mal, surexcitaient son système nerveux, au lieu de le calmer; et même le danger de la saignée fut si bien constaté, que son médecin lui donna le conseil de porter habituellement sur sa poitrine un morceau de parchemin où les gens de l'art qui tomberaient ultérieurement à lui donner des soins pendant ses attaques, seraient avertis de ne pas saigner le malade, de peur de le tuer.

Tels sont les renseignemens principaux qui m'ont été fournis par le malade lui-même sur son état antérieur, et qui m'ont été confirmés par plusieurs de ses amis bien informés.

Jusqu'à présent, j'ai dit ce qui m'a été raconté, désormais je dirai ce que j'ai vu :

Ce fut au mois d'août 1831, que M. F... fut, pour la première fois, soumis à mon observation; il ne sera pas inutile de noter ici que, depuis la perte de sa fortune, notre malade a reçu une généreuse hospitalité auprès de M. L..., notre ami commun, jeune homme d'une haute intelligence et d'une probité sévère, qui a vu et entendu toutes les choses que j'aurai à raconter, et qui pourrait au besoin témoigner de leur vérité et de leur exactitude. Depuis cette époque, je n'ai pas perdu de vue mon malade; et nos relations facilitées par notre habitation dans la même maison, m'ont permis de suivre toutes les phases de sa longue maladie; et c'est, grace à cette intimité de tous les jours et de tous les instans, que les plus grands phénomènes de la pathologie nerveuse sont devenus pour moi des faits journaliers et presque vulgaires.

J'avais d'abord songé à donner cette histoire telle qu'elle s'était offerte à moi depuis le commencement, avec toutes ses phases et ses diverses péripéties; mais cette manière qui, sans doute, eût été plus dramatique et plus attachante, m'eût entraîné dans des longueurs et des répétitions inévitables.

C'est pourquoi je commencerai par présenter collectivement les phénomènes qui composent ce que j'appellerai les *grandes attaques*; puis, les phénomènes qui marquent les *intervalles* entre ces attaques; et enfin, je donnerai séparément quelques scènes, dont l'intérêt m'a semblé réclamer une description spéciale et détaillée.

Description des grandes attaques.

Depuis trois ans, ces grandes attaques reviennent assez régulièrement vers le printemps et l'automne; mais j'ai remarqué qu'une forte préoccupation, un chagrin prolongé, une vive émotion morale, devenaient en tout temps et d'une manière presque nécessaire la cause déterminante de leur invasion.

En général, le malade est d'avance averti de leur retour par quelques signes avant-coureurs, tels qu'une vive céphalalgie siégeant ordinairement vers l'occiput; des étourdissemens, une insomnie cruelle, des douleurs vagues dans les membres, et surtout dans les reins; des palpitations incommodes, quelquefois des colliques avec ou sans évacuations; ou bien, c'est une plus grande impressionnabilité, des frissons irréguliers, un froid glacial aux pieds; enfin, tout ce qui annonce un trouble quelconque de l'innervation.

Après quelques jours de prodrômes, tout à coup, s'il vient à éprouver quelque saisissement, à entendre une parole désagréable, il tombe, comme frappé de la foudre, en poussant un profond gémissement, et il essuie un violent accès d'*épilepsie*.

Les convulsions durent de quelques secondes à trois ou quatre minutes puis, le malade est

jeté dans la stupeur. Peu après les mouvemens convulsifs reviennent et se répètent ainsi pendant une ou deux heures, et ils sont définitivement remplacés par une léthargie profonde. Telle est la première période.

Au bout de quelque temps, il se réveille avec une hémiplégie complète; tout le côté gauche est paralysé; les membres sont dans une résolution, une flaccidité extrêmes; la peau froide est tout à fait insensible; la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût même; sont abolis du côté gauche; la langue épaisse ne peut sortir de la bouche, et les traits de la face sont déviés du côté droit.

Cependant le malade jouit de son intelligence; il reconnaît bien ses amis qui l'entourent. Quand on l'interroge, il ne peut répondre que d'une voix inarticulée, car sa langue est enchaînée: alors il cherche à s'exprimer par signes, simule des lettres avec sa main droite et donne de grandes marques de dépit, lorsqu'on ne peut le comprendre. De temps en temps il s'impatiente de ce que le côté paralysé l'entraîne de son poids, le frotte vivement, comme pour le ranimer, le déchire dans des mouvemens de colère; puis d'un air triste, il le montre aux assistans, et l'on voit son œil droit se mouiller de larmes. Cet état dure ainsi plusieurs heures, et constitue la seconde période.

A la suite d'une forte secousse convulsive, le malade sent des fourmillemens douloureux dans tout le côté gauche; bientôt il a recouvré la parole, le mouvement et la sensibilité; mais peu après il tombe dans un accès de *manie*. Alors une sorte de désespoir s'empare de son âme, et cet homme, naturellement doux et religieux, est poussé comme invinciblement au *suicide*; il a recours à tous les moyens, à toutes les ruses pour se faire du mal; plus d'une fois nous lui avons arrêté la main, armée d'un instrument de mort; nous l'avons empêché de se précipiter par la fenêtre; et plus d'une fois la surveillance de ses amis lui a épargné une fin tragique. Mais il est à remarquer que ce penchant à la destruction, dirigé contre lui-même ou contre les objets inanimés, ne se porte jamais sur les personnes qui l'entourent; et souvent même, au milieu de ses violences, un avertissement de ma bouche, un seul mot de son ami, M. L..., l'arrête tout court, et le fait rentrer dans un calme, il est vrai momentané.

Quand cette période de *manie* a duré plusieurs heures, le malade, fatigué, tombe dans une sorte d'affaissement général.

Après un temps plus ou moins long, il entre dans la période du délire, ou plutôt dans un véritable état de *somnambulisme*.

Alors ses facultés cérébrales s'exaltent singulièrement: sa mémoire devient plus heureuse, son esprit plus vif, et plusieurs organes des sens, l'ouïe, l'odorat, le toucher, acquièrent une finesse incroyable.

Il aime à s'abandonner à la causerie, et, si on le met sur le chapitre de l'histoire de sa vie, il devient intarissable. Bien souvent, transporté par l'imagination sur le théâtre de ses exploits, il se complaît dans le récit de ses aventures du régiment, et sa pantomime expressive nous fait assister aux scènes les plus comiques et les plus animées. — En général, pendant ce sommeil ses expressions sont naïves et un peu enfantines, sa parole n'a plus son timbre ni sa manière accoutumées; il y règne un certain abandon, un je ne sais quoi, bien caractéristique pour ceux qui l'ont une fois entendu.

On l'interroge, il répond exactement; on l'attaque, il riposte avec avantage; mais il conserve toujours un visage impassible qui contraste avec la causticité spirituelle de ses réparties.

Il est tranquille, il est gai tant qu'on reste dans la plaisanterie; mais un mot jeté au hasard vient-il lui rappeler un cruel souvenir, aussitôt la scène change, il entre en fureur, s'escrime bravement contre l'adversaire qu'il croit combattre, et ce n'est qu'en changeant de conversation et en écartant de son esprit cette idée malencontreuse qu'on parvient à le calmer et à lui rendre sa jovialité accoutumée.

J'ai dit que les organes des sens étaient très exaltés: pour l'ouïe et l'odorat, nous en avons journellement des preuves répétées et bien étonnantes. — Je n'ai pas fait d'expérience sur le sens du goût.

Mais on m'avait surtout beaucoup parlé de l'exaltation du sens du toucher: aussi, dans la première attaque dont je fus témoin, je fus curieux de vérifier moi-même ce qu'on racontait de la faculté qu'il possédait, dans son somnambulisme, de *lire* avec les doigts sans le secours des yeux.

Je prends donc le premier livre qui me tombe sous la main; il était intitulé: *Les Amours des rois et reines de France*: un jeune homme, survenant par hasard, venait de l'apporter, et le malade ne l'avait pas vu avant son attaque. — Je lui présente ce livre, et le prie de lire: mais il s'y refuse, en disant que les médecins le lui avaient expressément défendu, que cela lui faisait mal à la tête, etc.; long-temps il rejette le livre avec opiniâtreté. Enfin, pressé par mes prières et piqué dans son amour-propre, il se met à parcourir du doigt les lettres d'une page ouverte à l'instant et au hasard. Je suivais tous ses mouvemens avec défiance; ses yeux étaient bien exactement fermés et ma main pressait ses paupières; le lit était dans une alcove obscure, la tête du malade était tournée à gauche et le livre à droite, dans une direction tout à fait opposée à ses regards: bref, il n'y avait pas d'erreur possible. Le malade, après avoir tâtonné et palpé les lettres d'une ligne, s'écrie: *Parbleu, c'est la Vallière*. Je regarde, et je vois avec surprise écrit dans la ligne qu'il avait parcourue du doigt, le nom de mademoiselle de la Vallière. Je réitérai à plusieurs reprises mes demandes, et, après de longs refus, j'obtins encore de lui cinq autres mots. — Ensuite je tire de ma poche un livre de médecine, et il me dit en touchant le titre que c'était un *formulaire*, ce qui était vrai.

Un autre jour, je le fis lire assez couramment dans un livre de médecine et dans un livre de chansons; et à la suite d'un grand nombre d'épreuves faites avec soin, il me fut démontré que notre somnambule était réellement doué d'un toucher tellement exquis, qu'on pourrait dire, sans trop d'exagération, que la main suppléait à l'œil, momentanément insensible, et que la vision était accidentellement transportée au bout des doigts.

Ne m'étant jamais occupé de magnétisme animal, je n'ai pas encore essayé sérieusement ce moyen sur mon malade : cependant je ne doute pas qu'il ne doive être un sujet précieux pour les magnétiseurs. Seulement, je me suis amusé quelquefois à lui pratiquer sur le front et le long des bras quelques *passes ;* mais des accès épileptiformes m'arrêtaient bientôt. Plusieurs fois encore je lui demandai de m'indiquer le siége et le remède de sa maladie. Aussitôt il devenait triste, sérieux, absorbé ; puis il se plaignait d'un grand mal de tête, qui était suivi de mouvemens convulsifs. Aussi, depuis lors je me fais un devoir de m'abstenir entièrement de ce genre de questions, et en général de toutes les épreuves qui ont pour but de constater la finesse du toucher et l'exaltation de la sensibilité, parce que je me suis assuré que ces manœuvres aggravaient constamment son mal.

Il paraît qu'autrefois quelques personnes n'avaient pas eu la même prudence, et c'est dans le propre intérêt du malade que les médecins lui avaient enjoint de résister à toute tentative qu'on pourrait faire désormais à cet égard.

Tels sont les phénomènes les plus saillans que m'a offerts jusqu'ici son somnambulisme. J'ai dit que souvent il avait suffi de lui passer plusieurs fois la main sur le front pour l'endormir : au contraire, après quelque temps de sommeil, en lui châtouillant légèrement la paume de la main, on détermine chez lui des pandiculations bientôt suivies du réveil ; mais, le plus ordinairement, son sommeil cesse spontanément au bout de quelques heures ; et à son réveil, le malade n'a absolument aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis le commencement de son attaque.

Les phénomènes d'épilepsie, d'hémiplégie, de manie et de somnambulisme, dont la série compose ce que j'appelle un *grand accès*, se reproduisent ainsi pendant huit ou quinze jours et plus ; il arrive souvent même qu'ils se répètent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, en conservant toujours l'ordre de succession dans lequel je les ai décrits.

Au sortir de ces crises, le malade tombe dans une sorte d'anéantissement et de malaise général indéfinissable.

Au milieu de cette sorte d'insurrection des organes de la vie animale, les organes de la vie végétative ne gardent pas une neutralité complète.

En général, la grande circulation reste naturelle ; mais il arrive une forte perturbation dans la circulation capillaire et dans les sécrétions. En effet, constamment dans l'intervalle, ou même pendant la durée des accès nerveux, il se fait instantanément un énorme dégagement de gaz dans l'estomac et les intestins, au point que le malade ne peut supporter l'étreinte de ses vêtemens, et semble menacé de suffocation. Tout à coup le météorisme tombe, et bientôt surviennent d'abondantes évacuations d'un liquide séreux par les selles et les vomissemens ; ou bien, la plupart des membranes muqueuses sont le siége d'une grande exhalation sanguine, et le malade rejette des torrens de sang venant de l'estomac, du rectum et de la vessie. Ainsi, je lui ai vu rendre en un jour plus de huit ou dix livres de ces matières séreuses et sanglantes, et cependant, dans la journée, il avait pris seulement quelques tasses de tisane. J'ai toujours remarqué que, dans ces vomissemens, l'estomac rejette le sang et retient les alimens qu'il vient de recevoir.

Malgré ces énormes pertes humorales et tant de secousses nerveuses, la nutrition générale paraît à peine en souffrance, et au bout de quinze jours ou de trois semaines, quand la grande attaque est terminée, on se douterait à peine que M. F... vient d'être si gravement malade.

Intervalles entre les grandes attaques.

Mais quand ces grands assauts sont finis, tous les maux de M. F... ne sont pas finis ; à voir ce corps athlétique et surchargé d'embonpoint, cette physionomie douce et placide, cette démarche lente et mesurée, qui reconnaîtrait jamais un tempérament nerveux, et sous cette couche de graisse, qui soupçonnerait des nerfs mobiles et irritables. Cependant tel est notre malade : doué d'une extrême impressionnabilité, il vit dans une sorte de surexcitation et d'agacement nerveux habituel ; il y a entre sa vie physiologique, morale et sociale et sa vie pathologique une sorte de rapport et d'influence réciproque ; elles sont comme le reflet l'une de l'autre ; aussi tout concourt à imprimer à son existence un cachet de singularité remarquable : c'est comme un homme exceptionnel, un être *sui generis*

Sa vie est sobre et régulière : en général il mange peu, et bien souvent il ne prend guère que le repas du soir. Il jouit rarement d'un repos complet, et il est sujet à de longues et cruelles insomnies. Le mouvement, la distraction lui sont nécessaires, et il ne se porte jamais mieux que dans le tourbillon des affaires. Avec son état d'hyperesthésie habituelle, toutes les émotions morales, même les plus indifférentes, l'affectent vivement : ce qui est source de plaisirs pour les autres hommes est pour lui cause de douleurs et de peines : aussi ses plaintes sont-elles souvent accusées d'exagération. La musique, les représentations théâtrales lui donnent des accès, et la simple action de lire, et surtout d'écrire ; lui fait mal aux nerfs. Va-t-il au bain, il tombe en somnambulisme, et plusieurs fois il a failli se noyer dans sa baignoire. Enfin, parlerai-je de singuliers pressentimens réalisés, du somnambulisme qui le prend ordinairement le soir à la promenade, de l'exaltation des divers sens, mais surtout de l'odorat, à l'aide duquel il semble se guider dans les rues et reconnaître les boutiques ; d'une singulière faculté, ou, si l'on veut, du hasard heureux, qui, presque journellement et en présence de témoins, lui fait trouver de l'argent perdu, comme si alors le métal déterminait sur lui une attraction magnétique ? Mais tous ces faits, et bien d'autres encore que j'ai vus ou qui m'ont été rapportés par des gens éclairés dont je ne saurais suspecter la bonne foi, sont cependant trop extraordinaires pour que j'y insiste davantage, et, après avoir promis une histoire, je ne veux pas qu'on m'accuse de faire un roman ; il me reste, d'ailleurs, à raconter, pour captiver l'attention du lecteur, assez de phénomènes curieux.

Description particulière de quelques attaques.

Après avoir donné le tableau général des phénomènes qui constituent ordinairement les grandes attaques, et de ceux qui s'observent dans les intervalles, nous allons décrire à part quelques scènes plus intéressantes. J'espère qu'on me pardonnera d'avoir conservé dans mon récit les diverses impressions de surprise, de crainte et d'admiration que le spectacle de ces phénomènes a dû produire sur mon esprit; en me lisant, il faut se souvenir que la maladie était nouvelle pour moi, et que le malade est mon ami.

Le 4 novembre 1832, M. F... à la suite d'une vive contrariété éprouvait tous les symptômes précurseurs d'une attaque prochaine, tels que céphalalgie occipitale, vomissemens, accablement général, lorsque tout à coup au mot de *poignard* échappé à l'un de nous dans la conversation, sa tête se trouble, il pousse un gémissement sourd, et aussitôt survient un accès d'épilepsie qui dure quelques minutes et est suivi d'une hémiplégie complète de tout le côté gauche, avec perte de la parole et conservation de l'intelligence. Quand cet état a duré environ une heure et demie, le malade pousse un profond soupir, et la paralysie avait disparu.

Il se lève pour se mettre à table, car quelque malade qu'il soit, il conserve ordinairement son appétit et il peut le satisfaire impunément. Après le repas, il tombe de nouveau en épilepsie et en paralysie, puis quand il est délivré, il se lève et vient tout nu s'asseoir auprès du feu pour réchauffer son côté gauche encore demi-paralysé et froid.

Alors pour se distraire, le malade prend une tabatière à musique, la monte, la pose sur la cheminée et écoute attentivement. Mais à peine son oreille est-elle frappée par les premières notes d'un certain air, que touché comme par une étincelle électrique il éprouve une secousse générale; ses jambes s'allongent et se roidissent, ses bras s'élèvent les doigts fortement écartés, sa tête se renverse en arrière les yeux tournés vers le ciel, sa physionomie douce et riante est empreinte d'une céleste béatitude : qui dirait ce qui se passait alors dans son âme? A cet air inspiré, à cette attitude prophétique, on eût cru voir quelque tableau de saint Jean méditant l'Apocalypse. Il resta près de dix minutes dans cet état d'extase et de contemplation : la sensibilité générale était éteinte, et la rigidité des membres était telle que jamais nous ne parvînmes à les fléchir. C'était une véritable *catalepsie*.

Tout à coup il pousse un cri aigu, son corps est saisi d'un mouvement désordonné, ses dents claquent, les traits de la face sont renversés, et par l'effet d'un spasme comme *tétanique* des muscles du cou, la tête éprouve une violente torsion du côté droit, il semble qu'elle va changer de position, que la face va regarder en arrière et l'occiput en avant. En ce moment, si par toute la force dont nous étions capables, nous n'eussions arrêté cette distorsion vraiment effrayante, on eût pu craindre une luxation des premières vertèbres cervicales, et peut-être une mort instantanée. Le malade de son côté conserva dans cet état douloureux assez de présence d'esprit pour saisir un chandelier d'une main et un autre corps cylindrique de l'autre, afin de modérer ses convulsions en se donnant un point d'appui; il en eut assez pour nous faire signe de prendre la carafe qui était sur la cheminée et de lui verser de l'eau sur ses pieds nus : à peine eut-il senti l'impression de l'eau fraîche que son état spasmodique cessa.

Il nous apprit alors que déjà il avait autrefois éprouvé des convulsions de ce genre, et qu'un médecin lui avait indiqué ce moyen pour les arrêter ou les modérer.

Environ un quart d'heure après cette crise, il se rend au cabinet d'aisance : à peine y était-il entré qu'il pousse un cri plaintif et appelle du secours : nous courons, et nous le trouvons dans un état de convulsion générale, ses bras s'agitaient par saccades, par des mouvemens alternatifs de flexion et d'extension, ses pieds dansaient et sautillaient, sa tête allait à gauche, à droite, enfin tout son corps était atteint d'un frémissement, d'une sorte de *chorée* universelle. — Cet état dura quelques minutes : peu après survint un nouvel accès d'épilepsie, suivi de paralysie.

Enfin, dans l'espace de quelques heures, le malheureux nous offrit en spectacle la succession des phénomènes nerveux les plus insolites. Et ce ne fut qu'après avoir été pendant plus de trois semaines en proie à ses convulsions habituelles, à des évacuations de sang journalières, que cette violente attaque fut terminée.

Nouvelles scènes.

Au commencement du mois de mai 1834, un violent mal de reins fut le signe avant-coureur d'une nouvelle attaque. En effet dans la soirée du 12 mai, le malade essuya des convulsions épileptiques portées à un tel degré d'intensité que pour un moment je pus craindre la suffocation, et malgré ma répugnance pour la saignée, justifiée par une malheureuse expérience antérieure, je m'apprêtais à lui tirer du sang, lorsque les symptômes se calmèrent peu à peu. Le lendemain ils se réveillèrent avec plus de violence. Alors regardant la saignée comme urgente, et profitant d'un moment où le malade n'avait pas sa pleine connaissance, c'est-à-dire lorsqu'il était dans l'état somnambulique, je lui ouvris la veine sans qu'il eût la conscience de ce qu'on lui faisait, et je lui tirai ainsi une livre et demie de sang.

Son état n'en fut guère amélioré : pendant toute la journée il nous tourmenta beaucoup par ses caprices, ses bizarreries et sa manie : emporté par son penchant à la destruction, il jeta plusieurs objets par la fenêtre, et sans notre surveillance attentive il eût précipité dans la cour une pendule, ses matelas, tous les meubles et lui-même ensuite; bien plus, sous prétexte d'aller uriner il avait été dans un cabinet prendre un rasoir qu'il portait déjà à son cou, lorsque nous le lui avons arraché des mains.

Dans la soirée il eut plusieurs accès d'épilepsie suivis de son hémiplégie accoutumée. Au milieu d'un de ces accès, pendant que le *côté gauche* était complétement paralysé, tout le côté *droit* du corps fut pris d'une rigidité tétanique : ses muscles violemment contractés étaient comme des cordes tendues; son

bras droit levé en l'air resta plus de cinq minutes dans une extension forcée, impossible à vaincre : ainsi nous eûmes le spectacle curieux d'une paralysie occupant une moitié du corps, tandis que l'autre moitié offrait un état diamétralement opposé.

Le malade demeura pendant quatre jours dans une sorte de somnolence intermédiaire entre la veille et le sommeil, et cet état était interrompu par des accès épileptiformes, revenant à divers intervalles. Nous ajouterons que sans cesse il se plaignait d'une violente douleur siégeant à la région *occipitale droite*, d'un grand mal de reins, et qu'il était en même temps tourmenté par des *érections* pénibles qui furent suivies de plusieurs pertes de semence.

Le 16 mai au matin, il avait repris sa pleine connaissance ; et si ce n'est quelques vomissemens de sang, la journée se passa assez bien : à dîner même il mangea de bon appétit et il paraissait délivré.

Cependant tout n'était pas fini, il nous était réservé d'être témoins de plus d'une scène extraordinaire, que nous croyons digne de l'attention des psychologistes.

Il était environ neuf heures du soir : notre malade fatigué reposait tranquillement sur un lit de sangle, lorsqu'il est réveillé en sursaut par le bruit d'une porte qui s'ouvre. Il croit que c'est un voleur qui vient le dépouiller, et dans son effroi il renverse son lit et va rouler quelques pas plus loin avec les matelas. Au bruit de sa chûte, on accourt pour le relever ; on le trouve couché sur le côté droit et embarrassé dans ses couvertures. A ses amis qui le dégagent, il reproche amèrement de l'avoir jeté par terre. Deux personnes le prennent chacune par un bras, et le couchent immédiatement dans un autre lit.

A peine y était-il, que le voilà qui éclate en gémissemens, accusant la plus vive douleur dans l'épaule et le bras droits, et criant qu'il a le bras démis ou cassé. On vient aussitôt me chercher.

J'arrive : il avait sa pleine connaissance. Je veux examiner son bras ; mais le moindre mouvement, la simple apposition du bout des doigts sur l'épaule et la clavicule droites lui arrache des cris. Le bras est écarté du tronc, le coude tourné en dehors, le membre entièrement immobile, douloureux dans toute son étendue et jusqu'à l'extrémité des doigts. — Dans le premier moment, j'avais à craindre une luxation, mais après un examen plus attentif, que l'impatience du malade me rendait d'ailleurs très difficile, je n'en trouvai pas les signes caractéristiques ; cette vive douleur, cette contraction forcée des muscles environnant l'articulation scapulo-humérale me parurent être sous la dépendance d'un état spasmodique qui avait pu être produit par la chute : je prescrivis donc l'application sur l'épaule d'un cataplasme bien chaud arrosé de laudanum.

Mais pendant que nous étions occupés à le préparer, le malade avait tout à coup perdu connaissance, et en revenant auprès de son lit, nous le trouvâmes plongé dans une sorte de léthargie ; il resta quelques minutes dans cet état dont nous profitâmes pour lui appliquer le cataplasme.

Ensuite la parole lui revient, et c'est pour se plaindre de n'avoir plus de jambes ; nous le plaisantons, il insiste et me reproche de lui avoir coupé bras et jambes. Il ne me venait pas à l'esprit que le malade pût avoir son hémiplégie habituelle, car elle est toujours accompagnée de perte de la parole. Etonné de sa plainte incessante, je l'examine et à ma grande surprise je le trouve paralysé de tout le côté *gauche*. Alors je lui demande négligemment s'il souffre encore beaucoup de son bras droit, mais il me répond avec humeur qu'il n'a pas plus de bras que de jambes, puisque je les lui ai coupés : je m'aperçois alors que tout le côté *droit* du corps est également paralysé. Ce bras tout à l'heure immobile, rigide et si sensible, je puis maintenant lui imprimer des mouvemens dans tous les sens avec la plus grande facilité, sans peine ni douleur pour le malade.

Ainsi le mouvement et la sensibilité étaient entièrement abolis, et suivant l'énergique expression du malade lui-même, *il n'était plus qu'une tête sans corps*. Cependant les organes des sens spéciaux fonctionnaient encore, et par eux il pouvait se mettre en rapport avec le monde extérieur. Mais bientôt ces organes eux-mêmes, comme touchés d'un rameau magique, parurent tomber un à un dans le sommeil : il cessa de percevoir les sons, les odeurs et les saveurs. Mais la vue lui restait encore, et comme si la vie de relation s'était toute refugiée là, ses yeux avaient acquis une mobilité, un éclat inaccoutumés, qui formaient un singulier contraste avec l'immobilité du reste de la face. Ses regards où se peignait l'étonnement, semblaient le miroir de son âme, car sans doute il devait se passer quelque chose d'étrange dans cette intelligence qui n'était plus servie que par un seul organe.

Il ne pensait plus que par les yeux, eux seuls le liaient au monde extérieur, et cependant, jeu bizarre de la nature, la parole lui restait encore, et sa langue murmurait souvent ces mots : « Une tête ! comment peut-on vivre avec une tête et pas de corps ? qui reconnaîtrait cette tête qui n'a plus que deux yeux et une bouche ! ! ! »

Pour nous assurer de l'abolition des sens, nous fîmes des expériences directes qui ne nous laissèrent aucun doute ; ainsi, nous introduisîmes du tabac dans ses narines, du sel dans sa bouche, et les nerfs de l'olfaction et du goût parurent insensibles à ces excitans. Toute la surface cutanée soumise à l'épreuve de la piqûre, de la brûlure, resta d'une impassibilité complète. Bien que le sens du goût parût ne plus exister, les mouvemens de la langue et des lèvres persistaient, puisque la parole était conservée ; et c'est sans doute la conscience de ces mouvemens qui faisait dire au malade qu'il avait une bouche, car il ne devait pas entendre le son de sa voix. Je regrette maintenant de n'avoir pas eu l'idée d'explorer si la sensibilité *générale* des organes de la parole avait survécu à la perte de leur sensibilité *spéciale*. L'ouïe était évidemment éteinte. Lorsque nous adressions la parole au malade, il ne répondait pas à nos questions ; mais voyant nos lèvres remuer, il disait : Pourquoi faites-vous semblant de parler ? et pourquoi ne parlez-vous pas ? Alors, pour tenir conversation, nous dûmes

nous adresser au seul sens qui lui restait, et pour interroger sa pensée, nous prîmes le parti de parler à ses yeux.

Nous lui posâmes, *par écrit* et successivement, les questions suivantes, et d'une voix basse et lente il nous donna ces réponses textuelles, après quelques momens de réflexion :

— Souffres-tu ? — Comment souffrir, puisque je n'ai plus de corps. — Entends-tu ? — On n'entend qu'avec des oreilles, et je n'en ai pas. — Veux-tu du vin de Champagne ? — Pourquoi faire, puisque j'ai une bouche et pas de gosier ? — Veux-tu ta tabatière ? — Quelle moquerie ! quand je n'ai plus de nez. Enfin, voulant savoir si le sixième sens dont parle Buffon était aussi aboli, nous lui posâmes une question, et nous obtînmes une réponse dont la nature nous apprit en même temps, que si le sens génital était éteint, le malade avait la conscience de l'existence de ses lèvres.

Il demeura dans un état d'anesthésie extatique pendant environ une heure. Immobile et absorbé dans un recueillement solennel, comme abîmé dans une méditation laborieuse, où il paraissait chercher la solution du problème de son existence actuelle ; son silence religieux était seulement interrompu de temps en temps par ces réflexions jaculatoires, qui étaient la traduction fidèle de ce qui se passait dans son âme : Une tête ! n'avoir plus que la tête ! ! !

Les personnes étrangères à la médecine qui assistaient à cette sorte d'analyse de la pensée, à cette décomposition physiologique, étaient dans une grande anxiété ; elles craignaient à chaque instant de voir cette dégradation successive des organes complétée par l'abolition de la vue et de la parole ; et plusieurs fois elles me demandaient avec tristesse si je ne redoutais pas que, par une funeste extension, la paralysie n'attaquât la vie jusque dans son foyer, et que le malade ne tombât définitivement dans la léthargie et la mort.

Mais quand les grands rouages de la machine intelligente étaient arrêtés, quand, de toutes les facultés cérébrales, il ne restait plus guère que le sentiment de sa propre existence, le moi, ou plutôt la conscience d'une tête sans corps, tête tronquée et mutilée ; quand la volonté impuissante ne pouvait plus commander aux organes aucun acte sous peine d'être méconnue et désobéie : le cœur allait battant, tranquille et régulier ; les pulsations étaient normales aux artères, la respiration s'exécutait lentement par le jeu du diaphragme, la température de la peau était naturelle, enfin tous les organes intérieurs fonctionnaient librement ; la plante vivait, végétait encore : c'est alors qu'il m'était permis d'admirer cette sorte d'indépendance que la nature semble avoir établie, dans sa sagesse, entre les fonctions de la vie organique et les fonctions de la vie animale.

Nous attendions, inquiets, le dénouement de ce drame silencieux : on eût désiré me voir agir en faveur du malade, mais, dans l'ignorance d'aucun remède et dans la crainte même de toute intervention active, je me reposais sur la nature, instruit déjà par plusieurs expériences antérieures que, seule, elle ferait tout rentrer dans l'ordre.

Cependant M. L..., vivement affecté de l'état de son ami, lui prodiguait les soins les plus affectueux ; et, comme il existe entre eux de grandes sympathies, il cherchait par ses paroles et par ses signes à tirer le malade de son état léthargique. Mais *lui* n'entendait, ne comprenait rien, et revenant toujours à son idée fixe ; il répétait : n'avoir plus que la tête ! *il* ne reconnaît plus cette tête !

Comme son refrain était aussi qu'il n'avait plus de bras, M. L.... lui prenant le bras gauche pour le détromper, le lui faisait passer devant les yeux ; mais le malade, en le voyant, répétait : ce bras n'est pas à moi, je n'ai plus de corps.

Enfin une autre fois que ce bras avait été long-temps tenu devant ses yeux et fortement secoué, notre paralytique se prit à dire machinalement : « Si on mettait ce bras dans l'eau ! ! »

Cette parole, jetée comme au hasard, fut pour nous comme un trait de lumière : elle nous rappelait que dans des cas analogues ce moyen nous avait bien réussi. Aussitôt les deux mains sont plongées dans un vase rempli d'eau fraîche ; ce ne fut qu'un éclair ; toute la moitié supérieure du corps frémit, et les deux bras étaient déliés, les sens endormis s'étaient réveillés.

Nous jetâmes un cri d'étonnement, notre joie était au comble. Le malade faisait exécuter des mouvemens dans tous les sens et avec la plus grande facilité à son bras droit, naguère immobile et si douloureux ; étonné de voir son épaule recouverte d'un cataplasme, il s'en débarrasse aussitôt.

Mais la guérison n'était pas complète, et le voilà qui derechef se plaint de n'avoir plus de jambes ; nous nous moquons de lui, il insiste : je soulève les draps, il disait vrai ; les deux membres inférieurs étaient encore entièrement paralysés. Le remède était facile : son pied droit est plongé dans la cuvette, et en un clin d'œil la sensibilité et le mouvement étaient revenus. Alors j'ordonne au malade de se lever ; il essaie : Mais je n'ai qu'une jambe, me dit-il, où est l'autre ? — le docteur me l'a coupée. — Il va vous la rendre ; et en effet l'eau la lui rendit.

Dès lors la résurection était entière : cet homme, dont naguère toute l'existence se résumait pour lui dans deux yeux et une bouche, était redevenu au grand complet.

Il se rappelait avoir beaucoup souffert du bras droit après sa chute : mais c'était tout ; il ne pouvait croire un mot de ce qui s'était passé depuis, se défiait de notre récit comme d'une mystification, et il finit même par se persuader que nous l'avions grisé et endormi pour lui remettre plus facilement son bras, qu'il croyait avoir été démis.

Du reste, son violent mal de reins avait disparu, il se sentait léger, alègre ; et sautant à bas de son lit, il s'habilla, répétant avec bonheur qu'il était guéri, et sa physionomie radieuse témoignait de son bien-être et de son contentement.

Il était alors deux heures du matin, notre ressuscité se mit à table avec nous, mangea avec un appétit comique, et but du vin de Champagne avec délices ; il avait recouvré son gosier.

Il fut un temps où à la vue d'un pareil fait,

on eût crié au sortilége, à l'obsession du démon : pour le conjurer, on eût recouru aux prières, aux exorcismes; et cependant qu'y avait-il ici? un simple trouble de l'innervation, et quelques gouttes d'eau *non bénite* ont fait tout un miracle.

Le malade passe le reste de la nuit dans un profond sommeil. Cependant tout n'était pas fini encore; de nouvelles souffrances pour lui allaient ramener pour nous de nouvelles scènes.

En effet, le lendemain, 17 mai, il fut pris de malaise, d'étouffemens, et pendant une partie de la journée il eut d'abondantes hémorrhagies par la plupart des membranes muqueuses, et il perdit ainsi plusieurs livres de sang. Le ventre était énormément gonflé, et l'estomac, distendu par des gaz, faisait craindre la suffocation. Tous ces phénomènes durèrent pendant cinq jours, entremêlés de quelques accès d'épilepsie.

La journée du 22 mai fut très pénible. Vers huit heures du soir, grand accablement suivi d'un accès d'épilepsie. Pendant qu'il était paralysé du côté *gauche*, survint un *spasme* des muscles releveurs de la mâchoire inférieure du côté *droit*, avec impossibilité complète d'ouvrir la bouche et de parler : cette convulsion *tétanique* occupait également les muscles de la partie antérieure du cou, et la tête était fortement fléchie sur la poitrine et l'épaule droite.

Le malade paraissait souffrir beaucoup, et portait souvent la main droite à la bouche; il nous indiquait en gémissant qu'il ne pouvait desserrer les dents. La respiration était pénible, bruyante, très accélérée.

Il resta dans cet état plus d'une heure, nous essayâmes à trois ou quatre reprises de l'en tirer en lui trempant les mains dans l'eau froide, mais sans pouvoir dissiper le spasme tétanique : cependant à chaque immersion des mains, la respiration qui était haute et accélérée s'arrêtait tout court, la poitrine demeurait immobile, tous les mouvemens volontaires étaient suspendus; mais après quelques secondes les premiers phénomènes reparaissaient.

Un peu plus tard je lui jetai de l'eau par la figure, je lui fis respirer de l'éther, et lui trempai encore la main gauche dans l'eau fraîche : cette fois le bras paralysé tressaillit, et en un clin d'œil la contraction tétanique de la mâchoire et du cou avait cessé.

Nous espérions que le malade était délivré, lorsque bientôt nous nous aperçûmes que tout son corps à droite et à gauche, depuis le vertex jusqu'à la plante des pieds, était frappé d'une paralysie générale et complète. Tous les organes des sens étaient anesthésiés, tous excepté les deux yeux; tantôt fixes et largement ouverts, ces yeux avaient une expression indéfinissable : tantôt roulans, ils semblaient suivre les mouvemens des personnes qui entouraient le lit du patient. Les traits de la face étaient tout à fait immobiles; cependant il y avait un demi-sourire peint sur la physionomie. Comme le regard paraissait intelligent, je pus croire que le malade conservait la faculté de se mettre, par ce seul organe, en relation avec le monde extérieur; mais comment nous en assurer? Cette fois la voix était nulle et la langue enchaînée : aussi, à plusieurs questions faites par écrit, nous ne pûmes obtenir pour réponse qu'un clignotement répété des paupières, échappant à toute interprétation.

Nous laissâmes le malade dans cet état pendant une demi-heure; les personnes présentes, qui n'avaient pas été témoins de la scène précédente, étaient frappées de stupeur, et sollicitaient vivement mon intervention. Mais ne voyant aucun danger dans l'expectation, et quelques inconvéniens dans des tentatives prématurées, je voulais attendre.

Cependant une personne plus impatiente désira recourir sans plus de retard à notre remède héroïque. Les pieds du malade furent arrosés d'eau fraîche; ils s'agitèrent un peu, mais pour retomber aussitôt dans la paralysie. Environ dix minutes après, la même tentavive fut renouvelée; cette fois le mouvement et la sensibilité revinrent aux deux membres inférieurs d'une manière définitive. Nous réveillâmes également les deux bras, et dès ce moment, la respiration, qui jusque-là n'avait eu lieu que par le jeu du diaphragme, s'exécuta par les mouvemens combinés de ce muscle et des parois thoraciques.

La face était toujours immobile, et la parole ne revenait pas; bientôt quelques gouttes d'éther et des aspersions d'eau par le visage et la bouche, délièrent et les traits et la langue. Le premier usage qu'il en fit, fut de demander avec humeur : qu'est-ce que vous m'avez jeté sur la figure? Un instant après il nous reprocha de lui avoir mis un vésicatoire à la nuque : il se plaignit en outre d'une douleur dans les muscles de la mâchoire, qui avaient été le siége du spasme tétanique.

Cependant l'ouïe ne revenait pas, et nous ne pouvions nous faire comprendre sans lui écrire. Quand je lui parlais, voyant mes lèvres remuer et n'entendant rien, il disait d'un air compatissant : qu'il est malheureux le docteur d'être muet! et me *voyant* rire aux éclats de cette réflexion il ajoutait : « plaignez donc les gens pour qu'ils vous rient au visage! » Cette scène dura assez long-temps, et prêta beaucoup à notre hilarité!

Enfin, après beaucoup de questions, je lui demandai sa tabatière : cette fois il m'entendit et me l'indiqua, (il est vrai que je venais de lui jeter de l'eau dans l'oreille droite). Je lui présentai sa boîte, et une bonne prise de tabac, humée avec plaisir, nous annonça le retour de l'odorat.

Tous les organes des sens étaient réveillés, ainsi que toutes les parties du corps qui avaient été touchées par l'eau; mais le malade ne pouvait encore ni se lever, ni remuer la tête; sousent il se plaignait qu'on lui avait attaché un poids derrière le cou, qu'on l'avait cloué à son oreille. Je ne comprenais pas ses plaintes, lorsqu'à la fin je m'aperçus qu'à partir du haut du front, toute la tête était encore insensible; une lame de canif enfoncée dans la peau du crâne n'était nullement sentie, tandis qu'à quelques lignes plus bas, à la face, la plus légère piqûre lui arrachait des cris. C'est que toutes ces parties, encore paralysées, n'avaient pas été touchées par l'eau. Je lui arrosai toute la tête, et aussitôt il se mit à crier que nous lui versions du feu sur la tête; elle était devenue sensible. La partie postérieure du corps restait paralysée : il aurait fallu pouvoir le plonger dans une baignoire pour lui rendre le mouvement et la sen-

sibilité instantanément et en masse ; mais malgré son humeur de ne pouvoir se remuer à sa guise, nous le laissâmes dans cet état, avec la certitude que le reste de la paralysie cesserait spontanément. En comparant le succès rapide obtenu dans le premier cas d'anesthésie, avec le résultat lent et graduel de cette dernière expérience, il me fut clairement démontré que la moindre efficacité de l'eau, dans le cas présent, tenait à son emploi prématuré.

Le lendemain, je rencontrai dans les rues le malade, qui venait de la promenade; dans la soirée, il alla au théâtre de la Porte St-Martin ; fatigué par la chaleur et par les émotions de la scène, il fut pris à son retour, dans un *omnibus*, d'un accès d'épilepsie avec hémiplégie. Au moment de descendre de voiture, les mouvemens se rétablirent; mais alors il se plaignit d'un grand froid *aux deux yeux*, et il cessa de *voir;* les autres sens étaient conservés : mais guidé par son ami, qui l'accompagnait, il put regagner le logis; et peu de temps après son arrivée, la vue lui revint.

Pendant près de huit jours encore, il continua de rendre des torrens d'un sang noir et très fétide; puis les symptômes diminuèrent peu à peu, et vers la fin du mois de mai le rétablissement était complet.

Vers le milieu du mois de novembre dernier, la maladie récidiva avec ses symptômes ordinaires, qui eurent moins de violence, mais plus de durée. Je n'entreprendrai pas la description de cette attaque; je me contenterai de noter qu'elle présenta, entre autres phénomènes curieux, une anesthésie générale qui cessa spontanément, mais surtout un délire accompagné d'*hallucinations* singulières de la vue, qui persista plusieurs jours de suite.

Telle est l'histoire pathologique qui se passe sous mes yeux depuis plus de trois ans.

En présence d'un pareil fait, mille réflexions s'élèvent nécessairement dans l'esprit: quelle est donc la nature? quel est le siége de cette singulière maladie? quelle est cette altération mystérieuse du système nerveux, qui peut donner naissance tour à tour à tant de phénomènes morbides si divers, depuis la paralysie d'un membre jusqu'aux convulsions de tout le corps; depuis l'exaltation partielle des sens jusqu'à l'anesthésie générale? quelle modification organique expliquera chez cet homme ce triste privilége, de rassembler sur sa tête la plupart des grandes affections nerveuses du cadre nosologique.

On n'attend pas de moi, sans doute, que je m'engage dans une discussion qui soulèverait les plus hautes questions de physiologie, de pathologie et même de psychologie; c'est un champ trop vaste et trop épineux pour que j'ose le parcourir. Mon but était d'exposer un fait; je laisse à d'autres plus habiles ou plus téméraires le soin de l'expliquer et d'en tirer les conséquences.

H. Thirial, *D.-M.*

IV. CAUTÈRES A GAZ HYDROGÈNE, inventé par M. Amédée LE MAIRE, *chirurgien-dentiste.*

Depuis long-temps j'étais frappé de l'imper-

fection de nos moyens pour détruire la sensibilité du nerf dentaire. Je me livrai à des essais nombreux et variés qu'il serait trop long d'indiquer ici. Je crus un moment avoir résolu la difficulté, en me servant d'un jet de flamme d'hydrogène, que je dirigeais sur la cavité de la dent cariée. Mais, outre que ce procédé n'est applicable qu'aux dents dont la pulpe est largement à découvert, il a encore le grave inconvenient d'en exfolier la couronne, parce qu'il n'est pas possible de garantir les parties circonvoisines des atteintes de la flamme. Après des expériences multipliées, il me parut tellement défectueux, que j'en revins, dans ma pratique, à l'usage du fer rougi à blanc ou des caustiques.

Cependant, forcé, chaque jour, de recourir à ces moyens, j'étais de plus en plus convaincu de leur insuffisance.

La destruction du nerf faite à froid à l'aide d'une tige de métal très effilée ou du crin, est vouée à un oubli mérité.

Il n'est personne qui ne reconnaisse avec moi l'impuissance des caustiques dans un grand nombre de cas, et qui ne sente les inconvéniens qui y sont attachés lorsqu'on veut les employer. Quant au cautère actuel, ce sont des apprêts plus ou moins longs et toujours effrayans pour le malade. Il faut se résoudre à faire chauffer l'instrument devant lui, si on ne veut s'exposer à ce qu'il devienne froid au moment de s'en servir; et malgré cette précaution, comme le cautère est fin comme une aiguille, bien qu'il soit renflé en olive à trois ou quatre lignes de son extrémité, il n'est plus au degré convenable quand on l'applique.

Il me vint dans l'idée d'utiliser la propriété dont jouit le platine d'enflammer l'hydrogène, et de devenir incandescent sous l'influence d'un jet de ce gaz. Après quelques tâtonnemens, j'eus enfin un cautère tellement supérieur à tous les autres, qu'il ne souffre pas la comparaison.

L'appareil est un réservoir cylindrique en cuivre, à parois très solides. On y comprime du gaz hydrogène. Il y a un robinet, dont la clef, au lieu de se terminer à la manière ordinaire, est surmontée d'une aiguille; en faisant mouvoir cette aiguille à droite ou à gauche, on ouvre le robinet; en la rapprochant de la ligne médiane, on le ferme. Cette modification était importante, afin de pouvoir, de la même main, tenir facilement l'instrument, et ouvrir et fermer le robinet. Il y a aussi un pas de vis qui sert à adapter d'abord le réservoir sur une pompe foulante. En dedans est un autre pas de vis creux qui reçoit un petit ajutage recourbé; le canal dont il est percé à son extrémité libre se termine par un orifice très petit. Deux petites lames de platine sont soudées à une rondelle, qui se visse à l'extrémité de l'ajutage. Ces deux lames sont soudées elles-mêmes à l'or fin sur les parties latérales d'une tige de platine, renflée à une de ses extrémités et effilée à l'autre. On ouvre le robinet; on allume le gaz, dont le jet vient frapper sur la tige de platine, qui ne tarde pas à passer au rouge blanc, et conserve cette température tant que le jet du gaz continue. J'ai renoncé à enflammer le gaz par son seul contact avec le platine en mousse, à cause de la déperdition considérable que cela nécessitait.

Le cautère Le Maire présente pour avantages de pouvoir être chauffé en une ou deux secondes, derrière la tête du malade, sans qu'il s'en doute, la température étant beaucoup plus élevée que par tous les procédés ordinaires, d'obtenir une cautérisation instantanée.

Nous bornant à l'exercice de l'art du dentiste, nous laissons à ceux qui voudraient faire l'application de notre procédé pour les cautérisations que réclament parfois d'autres opérations de chirurgie, le soin de modifier les dimensions de l'instrument que nous venons de décrire.

Si quelques confrères ou médecins désiraient prendre une idée plus exacte du jeu de cet instrument, je me ferais un vrai plaisir de répéter avec eux l'expérience chez moi, quai Conti, n° 5.

A. Le Maire.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Considérations sur les maladies vénériennes et analyse du traité des maladies syphilitiques, de M. Devergie aîné, 2 vol. in-4°.

Il est temps que je répare aujourd'hui le retard mis à rendre compte de l'ouvrage publié par M. Devergie aîné. Cette analyse arrivant après plusieurs discussions académiques soulevées à propos de ce traité complet des maladies syphilitiques, suffira, je l'espère, pour résumer toutes les opinions émises contradictoirement et présenter un tableau précis, rapide des recherches laborieuses de M. Devergie, ainsi que des corollaires qu'il a cru logiquement pouvoir en déduire. Le devoir du critique, impose l'obligation de rappeler clairement les idées de l'auteur et de ne se permettre un jugement qu'au moment où le lecteur lui-même aurait été mis en demeure pour se prononcer avec connaissance de cause. Cette méthode commandée dans le double intérêt de la vérité en elle-même et du respect qu'a droit d'exiger plus spécialement tout écrivain qui appartient aux sciences, me paraît la seule marche indiquée, et c'est la seule que j'ambitionne de suivre. Cette explication n'est pas déplacée, puisqu'il s'agit ici de débattre une théorie médicale des plus contestées, un point de thérapeutique des plus importans, de l'application la plus douteuse et la plus fréquente; en un mot l'emploi du mercure accusé suivant les uns non pas seulement d'inutilité, mais encore d'être la cause d'altérations de tissus plus redoutables que la maladie contre laquelle on le dirigeait. Tandis qu'à la même époque, aujourd'hui même, dans le même hôpital, d'autres praticiens non moins recommandables, agissent en conséquence de

cette conviction, que toute affection syphilitique quel que soit le symptôme de sa manifestation ne peut et ne doit guérir que par l'usage du mercure. Dans le cas où ce médicament vient à produire des accidens, ce n'est jamais lui qui en est l'auteur, mais son mode d'administration; ils n'hésitent jamais à le donner de nouveau sous une autre forme, aucune aggravation ne les rebute, jamais ils n'abandonnent l'emploi du mercure; dans leurs mains véritable protée, tantôt sous une forme, tantôt sous une autre, il faut qu'il s'ingère, qu'il s'absorbe; la maladie est-elle guérie; les symptômes ne sont que masqués, palliés; prêts à reparaître, il est nécessaire pour consolider cette guérison de continuer l'usage des mercuriaux autant de temps que les symptômes en ont mis pour disparaître. Cette doctrine quelque étrange qu'elle soit pour quelques uns, est cependant tous les jours conseillée, mise à exécution par plusieurs de nos praticiens les plus distingués : notre illustre Dupuytren l'a toujours proférée.

Que conclure d'une théorie si différente, d'une manière de voir si diamétralement opposée; en présence de faits presque identiques et qui se passent en même temps sous les yeux d'hommes capables au même degré, qui ont mérité, obtenu une commune estime au sein de la même ville? Il faut en conclure que les questions les plus importantes sur la maladie syphilitique sont encore d'une très grande obscurité, que les problèmes qui s'y rattachent n'ont obtenu aucune solution démontrée, satisfaisante. C'est donc remplir un devoir en s'efforçant de combler une lacune immense qui compromet non pas seulement la santé, la vie d'un seul, mais le bonheur, l'espérance d'une famille entière. Peut-être aussi y a-t-il un certain courage à consacrer ses veilles, à diriger ses recherches sur une maladie dont la cause première est toujours ignominieuse, et lors même que des enfans innocens supportent les turpitudes de leur père, partout où elles se trouvent un dégoût reste inséparable de ces sortes d'affections.

Ce travail tant désiré de conviction, de courage, M. Devergie l'a entrepris et enfin terminé; ce n'est pas que je veuille par anticipation faire entendre à mes lecteurs que ce travail est le couronnement de l'œuvre, mais je l'indique seulement comme une production remarquable de notre époque, sur l'histoire et le traitement de la maladie syphilitique. L'exclusion qui domine dans toute l'étendue de cet ouvrage, cause des erreurs que je contracte l'obligation de relever et tout d'abord; il m'est impossible de rejeter le mercure du traitement de toute espèce de syphilis, ainsi que le fait M. Devergie. Ce point pratique est la pierre angulaire de ces sortes de maladies; l'expérience la plus longue, accordée à l'habileté la plus grande, seules peuvent guider et fixer sur l'opportunité des mercuriaux : nous y reviendrons plus loin.

Dès à présent, je vais suivre l'ordre de notre auteur, afin d'initier le public à ses savantes recherches, résultat de vingt-cinq années passées au milieu des hôpitaux militaires; qui a pu, favorisé par de semblables circonstances et d'autres encore non moins précieuses, faire exécuter au burin par le meilleur artiste spécial, M. Dupont aîné, tous les cas pathologiques syphilitiques les plus rares, les plus difficiles, les plus importans et aussi les plus variés. Cette entreprise deux fois tentée, avait deux fois échoué. Des observations détaillées, pleines d'intérêt, suivies de réflexions, accompagnent chacune de ces planches et complètent ainsi cet ouvrage général sur la syphilis. Les planches parachevées, me paraissent à elles seules, le plus certain prophylactique auquel un homme du monde puisse recourir pour se préserver de la maladie vénérienne.

La syphilis est devenue l'objet d'une étude spéciale de la part des talens les plus éminens de chaque pays; il est peu de maladies qui en soit plus digne, elle attaque l'homme dans les organes de la reproduction, elle empoisonne les sources du plaisir et de la vie, elle n'épargne aucun tissu, échappe souvent aux traitemens les mieux combinés, disparaît quelquefois pour se montrer long-temps après plus hideuse et plus grave, il n'y a jamais certitude contre la possibilité d'un semblable retour, les années écoulées n'y font rien. Elle frappe l'enfant avant qu'il ait vu le jour, lors même qu'aucun symptôme local ne s'est fait reconnaître chez l'un des deux époux; il suffit qu'elle existe dans la constitution de l'un d'eux, pour qu'elle imprime son stigmate sur leur fruit commun, du moins telles sont les idées généralement admises.

Les découvertes dans cette branche de la pathologie, ont dû nécessairement profiter du développement des autres sciences et apporter ainsi les plus grandes modifications dans la théorie et le traitement de la syphilis. Pour s'en convaincre, il suffit de rappeler les volumineux écrits publiés depuis 1496 jusqu'à nous et dont les noms de leurs auteurs sont autant d'illustrations de leur âge. Le poëte, le médecin, le philosophe Jérôme Fracastor, l'ami, le confident du pape Léon X restaurateur des lettres, dédia son excellent Traité de la syphilis au cardinal *Bembo*, l'un des hommes les plus instruits du quinzième siècle.

Bembe, decus clarum Ausoniæ, si fortè vacare
Consultis Leo te à magnis paulisper et altâ
Rerum mole sinit, totam quâ sustinet orbem,
Ne nostros contemne orsus medicumque laborem
Quidquid id est.

Fracastor fut le premier qui donna le nom de syphilis à cette maladie.

Plus tard, Astruc, professeur au collége de France; Hunter Hahnemann, etc., firent oublier avec raison les ouvrages de leurs prédécesseurs, qui à leur tour furent effacés par ceux de Van-Swieten, Bell, Martin Bré, Cyrillo, Bosquillon, Swiédaur, Fabre, Caron, Lagneau, Cullerier, Jourdan, Ricord, Ratier, Desruelles, etc.

Malgré les travaux de tant d'hommes que je viens de citer, la difficulté de saisir la véritable nature du mal vénérien est si grande, que les médicamens les plus différens lui ont été opposés, on peut même dire qu'il n'est pas une substance de la matière médicale qui n'ait été tour à tour préconisée, puis abandonnée : le mercure, les bois sudorifiques. Sunder, Henri Cullen, rangèrent les narcotiques parmi les

anti-vénériens des plus efficaces. Le fer, l'or, le platine, l'ammoniaque, l'acide nitrique, etc., eurent aussi leur temps de vogue. Cette profusion de médicamens dès l'origine de la syphilis est chez notre auteur, comme chez tous ceux qui se sont occupés de cette question, le sujet d'une controverse qui me paraît laisser peu de doute.

Les opinions développées jusqu'à ce jour, se réduisent à trois : — 1° La syphilis est-elle aussi ancienne que le monde ? 2° La syphilis a-t-elle été apportée d'Amérique en Europe ? 3° A-t-elle pris naissance sur ce dernier continent ? Pour répondre à la première question, je répéterai que l'abus des plaisirs de l'amour a dû nécessairement avoir des résultats fâcheux dans tous les temps, et que l'impudicité et la débauche ont dû recevoir leur châtiment et ne pas jouir d'un privilége refusé aux excès faits dans d'autres genres et portant sur d'autres organes.

Astruc dont la réputation donna tant de valeur à ses écrits, et qui a fait un Traité de la syphilis en 4 volumes ; Girtanaer, etc., prétendent qu'on ne trouve dans les anciens aucun caractère qui puisse être rapporté à la syphilis, et ce que les historiens, les poëtes de l'antiquité ont décrit comme affections des organes génitaux, ne pourrait être réputé maladies contagieuses, et les noms donnés à ces maladies ne ressemblent en rien à ceux donnés aux nôtres. Mais les noms ne peuvent-ils pas changer, sans supposer nécessairement le changement des choses qu'ils désignent ?

Non semel in terris visam (syphilim) sed sæpè fuisse
Dicendum est, quamquàm nobis nec nomine nota
Hactenùs illa fuit ; quoniam longæva vetustas,
Cuncta sinu involvens et res et nomina delet.

(J. Fracastor, *poëme de la Syphilide.*)

Juvénal peint la débauche de l'ancienne Rome avec toute l'impudence tolérée dans sa langue.

. . . . Sed pollice levi
Cæduntur tumidæ, medico ridente, mariscæ.

Le législateur des Hébreux Moïse, regardait comme impur tout rapport avec une femme qui avait ce qu'il désignait sous le nom de *flux seminis;* il prescrivait des lotions et des ablutions répétées. Je ne pense pas qu'il faille entendre par *flux seminis* l'écoulement menstruel, sa couleur rouge lui aurait fait donner un autre nom.

A ceux qui prétendraient encore que le mal vénérien est d'origine américaine, je leur dirai que, dès le mois de mars 1694, et par conséquent avant l'arrivée de l'armée française, commandée par Charles VIII pour former le siége de Naples, où il ne put entrer qu'en 1695 et en être proclamé souverain le 20 mai suivant, le parlement de Paris avait rendu un arrêt portant exclusion de cette ville de tous les étrangers, atteints d'une maladie contagieuse nommée grosse vérole, connue depuis deux ans dans le royaume et cependant il n'y avait qu'un an que Christophe Colomb était revenu de Saint-Domingue. Aucune preuve directe n'existe pour démontrer que les compagnons de l'immortel navigateur aient abordé aux rivages napolitains infectés de cette cruelle maladie, il est bien plus probable que les marins espagnols, contractèrent la contagion en Italie, puisqu'à leur retour ce mal fut connu dans la péninsule sous le nom de mal napolitain, mal français.

Jeanne Ire, reine de Sicile et comtesse de Provence, publia en 1347 un réglement très sage sur les maisons de débauche d'Avignon, pour, y est-il dit, que la jeunesse n'y pût prendre le mal de paillardise. Déjà, en 1696, la maladie vénérienne faisait tant de ravages en Hongrie, que le roi Vladislas, saisi d'épouvante, abandonna les rênes de son gouvernement.

S'il devient plus que probable que la syphilis n'est pas d'origine américaine, il resterait à faire ressortir les causes d'une croyance opposée, qui se déduiraient de l'ignorance, de la superstition communes à cette époque, de la difficulté et du peu de relation entre les peuples ; enfin du crédit qu'obtinrent les ouvrages de l'historien espagnol Oviédo, contemporain de la découverte du Nouveau-Monde et qui y avait occupé de hautes fonctions ; cette histoire comme celles de nos jours, ne fut qu'un roman avec l'intention d'intéresser en faveur des Espagnols, sanguinaires oppresseurs des Américains, pour rendre excusables et autoriser ainsi les horribles traitemens que leur firent supporter les successeurs de Christophe Colomb ; et rejeter sur ce pays l'origine d'un mal affreux, surtout à cette époque. Tandis que le nouveau continent, avec plus de justice, nous accuse de lui avoir importé la lubricité, la débauche dont les annales du moyen âge n'attestent que trop les fâcheuses conséquences.

La maladie vénérienne a-t-elle pris naissance en Europe ? M. Devergie professe cette opinion que je ne puis partager avec lui ; j'admets, il est vrai, qu'en Europe plusieurs épidémies de cette maladie se sont manifestées, principalement au quinzième siècle et ont pu facilement se propager de cette contrée dans d'autres ; mais je pense qu'en Asie et dans d'autres pays alors très peuplés, où le libertinage se répétait avec les mêmes femmes, les maladies vénériennes devaient se manifester : c'est ce qu'attesteraient quelques passages de l'histoire de ces pays. Je ne sache pas d'auteurs qui aient nié que des excès conjugaux ne puissent produire des accidens vénériens ; ces accidens ont donc pu avoir lieu de tout temps ; mais, il faut le dire, ils ne voient là aucun symptôme de syphilis. Mais où est donc le signe qui puisse bien faire distinguer les maladies vénériennes des maladies syphilitiques ? Pour ajouter au vague, à l'incertitude, on fait dépendre de la même cause les accidens des uns et des autres. — Bien plus, des symptômes vénériens d'abord, peuvent par défaut de soins ou par erreur de traitement prendre tous les caractères de la syphilis la mieux constatée. Il faut aussi ne pas oublier que les symptômes qui traduisent une maladie sont loin d'être toujours identiques, quoique la maladie ne change pas de nature : ce qui doit s'attribuer aux diathèses individuelles, aux constitutions atmosphériques, au climat, aux coutumes, au bien-être, au genre de vie d'un peuple ; toutes circonstances variables avec les âges, les religions, la forme des gouvernemens, etc. Qu'y a-t-il donc d'étonnant que la maladie syphilitique ait varié de nom et de forme à des époques éloignées et dans des pays, à tous égards, très dif-

férens ? Une maladie sporadique ne devient-elle pas tous les jours épidémique et contagieuse.

Après avoir parlé de l'origine de la syphilis, de l'époque de son invasion, ou plutôt de sa manifestation plus générale, je veux aborder des questions plus ardues ; mais je ne puis que les énoncer aujourd'hui, les bornes de cet article sur la syphilis ne me permettant pas de faire autrement, peut-être exposerai-je plus tard tous les détails que comporte un semblable sujet ; tout ce que l'on sait de vraisemblable sur les causes, la nature, les modes de transmission et le traitement de la syphilis. Combien de temps la syphilis peut-elle rester en incubation chez un homme fort infecté ? Quel est le signe certain qui assure de la guérison ? etc. A quelle époque la syphilis est-elle constitutionelle ? etc. Dans quels cas peut-elle devenir héréditaire ? A quels signes la reconnaître lorsqu'elle est congénitale ? Quels organes affecte-t-elle plus spécialement alors ? etc.

Faut-il admettre un virus syphilitique ? ou mieux la syphilis est-elle une maladie spéciale ? M. Devergie, comme on le prévoit déjà, se prononce pour la négative. Il fait remonter la théorie des virus au milieu du seizième siècle. On attribuait alors beaucoup de maladies à des génies particuliers ; l'astrologie judiciaire, la doctrine galénique causèrent beaucoup d'erreurs. L'illustre Fernel admit un virus spécifique et combattit en même temps la spécificité du mercure. Beaucoup de médecins du seizième siècle affirmèrent que le virus vérolique était indestructible, qu'il subsistait constamment ; que la guérison radicale est impossible ; qu'un homme qui, une seule fois, a été malheureusement atteint de syphilis, peut la voir reparaître à un âge indéterminé de sa vie, et la transmettre aux enfans qu'il procrée. Ces idées nécessairement devaient porter l'effroi dans l'intérieur des familles. Il ne fut donc plus possible d'assigner des bornes à la syphilis, elle sembla créer la source de toutes les maladies chroniques. On finit par admettre la contagion par cause médiate, tels que cuillers, linges, vêtemens ; quelques dames de condition affirmèrent avoir contracté la syphilis en plongeant les doigts dans le bénitier commun à chaque église !.... L'on est venu jusqu'à raconter qu'une personne avait contracté la maladie vénérienne en portant une paire de boucles d'oreille, renfermées pendant dix années dans une boîte, mais qui avaient appartenu à une personne morte de la syphilis. Ces opinions, si éloignées de nous par leur origine, trouvent encore quelques fauteurs. Il y a peu d'années que ce singulier mode d'infection fut raconté dans un journal très sérieux.

En faveur de son opinion qui rejette les virus, M. Duvergie rappelle avec raison qu'il fut un temps où l'on reconnaissait l'existence de dix-neuf espèces de virus, tandis qu'aujourd'hui on ne veut en admettre que quatre : le virus variolique et le vaccin, le virus lysique ou rabique, le virus syphilitique. Le virus syphilitique, ajoute-t-il encore, manque du caractère principal que les auteurs assignent à un virus ; il n'a pas la propriété de se reproduire identiquement dans les diverses conditions et sur différens sujets ; ainsi chacun sait qu'une femme qui n'a qu'un écoulement vaginal cause à plusieurs hommes qui ont des rapports avec elle dans la même nuit, à l'un un chancre, à l'autre un bubon, à l'autre des pustules ou des végétations, un seul voit se déclarer une urétrite. Lagneau et d'autres auteurs ont rencontré beaucoup de faits analogues.

M. Devergie considère la syphilis comme une maladie contagieuse qui peut se développer spontanément, épidémiquement, se communiquer par voie d'inoculation ou par contact immédiat, et la regarde comme le résultat de la débauche, du libertinage et non pas comme le produit d'un virus particulier. Suivant notre auteur, 1° la syphilis peut se développer entre personnes saines, dans certaines circonstances, par l'abus des plaisirs de l'amour ; 2° la syphilis n'appartient pas exclusivement à l'espèce humaine ; 3° les seules forces de la nature peuvent guérir presque tous les accidens vénériens ; 4° des ulcères artificiels, sur les régions génitales, par des substances corrosives, les cantharides, etc., ne se différencient pas de ceux qui proviennent d'un coït infectant. Ces ulcères artificiels peuvent aussi donner lieu à des affections secondaires ; 5° la diathèse syphilitique est extrêmement rare, le principe contagieux ne peut produire des désordres dans toute l'économie, par conséquent l'hérédité de la syphilis est un cas très rare.

A présent qu'il me soit permis de donner mes avis, opposés à ceux de M. Devergie. On ne peut expliquer tous les phénomènes de la maladie syphilitique par les lois de l'inflammation ou de l'irritation sympathique. Sans doute le virus syphilitique n'a pu être suivi, démontré, abstraction faite de ses effets, mais c'est dans ces derniers qu'il se décèle ; presque toutes les causes échappent aux recherches de l'homme ; son étude est assez vaste en se bornant aux résultats et aux modifications que nous pouvons leur imprimer. Nous ne voyons que la maladie contagieuse syphilitique, mais enfin cette contagion a sa cause ; à la vérité dans la pratique il est rationnel de ne s'adresser qu'à la contagion seule. Il ne faut pas poursuivre une pure abstraction, un virus insaisissable ; c'est ainsi que l'on éviterait ces traitemens si absurdes et dangereux, dits de précaution, que certains médecins ordonnent à des individus qui n'ont quelquefois aucun symptôme de syphilis local ou secondaire. Il n'est pas facile de distinguer une maladie vénérienne de toute autre, mais il est une foule de maladies dans ce cas, et même les affections du ressort de la chirurgie ; que d'abcès méconnus, confondus, avec des tumeurs de divers genres ; peut-on toujours constater la présence d'une pierre dans la vessie ? quelle incertitude pour diagnostiquer une amaurose et ses causes ? La difficulté qui se présente pour déterminer une affection qui serait ou non syphilitique ne prouve donc rien contre la spécificité de la maladie.

Si la maladie syphilitique se déclare chez les animaux, elle est au moins bien rare et d'une contagion douteuse. Les seules forces de la nature bien dirigées suffisent il est vrai pour guérir souvent des accidens primitifs, mais jamais ne guérissent les accidens consécutifs.

Quoi qu'en dise M. Devergie, l'hérédité de la syphilis, malheureusement, n'est pas une maladie

rare ; dans les hôpitaux militaires on ne peut observer des cas d'hérédité, c'est l'élite physique d'une nation qui vient les peupler ; lorsque ces militaires rentrent plus tard dans la vie civile, on les a perdus complétement de vue et jamais le médecin militaire n'a pu surveiller les fruits de leur union. Pour moi, placé jusqu'à ce jour dans des circonstances opposées, j'affirme avoir observé un grand nombre d'affections syphilitiques héréditaires. Lorsque j'étais interne à l'hôpital civil des vénériens de Paris, beaucoup de cas semblables se sont présentés à moi.

C'est ici que je voudrais pouvoir m'occuper du pronostic de la maladie syphilitique, avant d'arriver au traitement ; mais il ne me reste que le temps d'exprimer des doutes. Dans l'état de la science, il est impossible d'affirmer qu'une affection secondaire n'aura pas lieu après telle ou telle espèce de traitement qui aura fait disparaître un symptôme primitif. Aujourd'hui on ne peut non plus assigner quel laps de temps doit s'écouler pour être garanti contre toute affection secondaire. Voici cependant quelques données qui peuvent servir de base au pronostic. Les affections secondaires sont plus graves, plus probables, chez les indigens, chez les individus qui se livrent à des excès, chez ceux qui par métier sont obligés de subir toutes les intempéries des saisons. Les affections secondaires sont moins graves, moins communes, plus faciles à disparaître chez les hommes doués d'un tempérament sanguin, d'une robuste constitution, que chez les individus d'un tempérament lymphatique, congénital ou acquis.— Tout ce que j'ai dit jusqu'à présent perdrait de son intérêt, si je ne déduisais comme corollaire, le traitement curatif des maladies syphilitiques. M. Devergie proscrit le mercure du traitement de la syphilis. Jusqu'aux médecins arabes, dit-il, l'emploi de ce médicament fut complétement ignoré, quoique la maladie vénérienne ait été connue de tout temps. A partir du quatorzième siècle, deux méthodes se disputent l'honneur de combattre le virus imaginé : c'était la méthode par salivation et celle par extinction. Jean-Louis Petit, Astruc et d'autres hommes, ont préconisé ces traitemens ridicules et cruels qui ont duré plus de sept cents ans. Les désastres produits par le mercure furent effrayans ; le chevalier Ulric de Hutten, célèbre par la part qu'il prit à la réforme de Luther, nous a laissé un tableau exact et affligeant des maux mercuriels ; lui-même avait failli en être la victime. Ce que l'on appelait *passer par les grands remèdes* devenait l'effroi des malheureux qui allaient s'y soumettre.

Rien, en effet, n'indiquait les limites où il fallait borner l'action du mercure, ce dangereux modificateur de notre économie. Ce fut alors que la thérapeutique s'enrichit des bois sudorifiques qui rendirent des services signalés, soit pour empêcher l'action du mercure, soit pour le remplacer lorsqu'il avait échoué ou encore aggravé la maladie primitive. C'est en France, en 1548, que les premières tentatives furent faites pour guérir la vérole sans mercure, Fernel, Faloppe, Paulmier traitèrent leurs malades par le régime et les sudorifiques. Morgagny nous apprend dans ses Lettres, que l'horreur du mercure était poussée si loin que pendant les huit années qu'il passa à Bologne pour y étudier la médecine, il ne vit employer le mercure dans aucun traitement. Le professeur de la Faculté de Paris, Peyrilhe, a traité le mal vénérien pendant quinze années consécutives avec l'ammoniaque et un régime rigoureux. M. Delpech de Montpellier qui a long-temps employé le mercure, a fait publier, en 1828, que les blennorrhagies et les chancres guérissent par les seuls efforts de la nature 90 fois à 95 fois sur 100, sans retour, et que la nature, aidée de la diététique, guérissait la moitié des ulcères à la gorge, des pustules, des rhagades. — La clinique de M. Devergie renferme un grand nombre de tableaux qui mettent en regard le traitement dit antiphlogistique et le traitement mercuriel ; un avantage immense reste évidemment au traitement non mercuriel, soit parce que le séjour à l'hôpital a été moins long, soit parce que les rechutes ont été moins nombreuses et moins graves. A l'hôpital de Rennes ces relevés ont porté sur 1505 malades, pendant les années 1827-28-29, 1187 avaient été traités sans le mercure et 318 par le mercure.

A l'hôpital des vénériens de Paris sur un relevé de 512 malades, fait pendant les années 1831, 1832, 319 ont été guéris par le traitement simple, la durée moyenne a été de 32 jours, tandis qu'elle a été de 47 par le traitement mercuriel. M. Devergie est encore appuyé sur des documens précieux qui lui sont communiqués par des médecins allemands, anglais, américains, documens qui font partie de son grand ouvrage sur les maladies syphilitiques ; enfin ses tableaux de méthodes comparées sont calculés sur 40,000 malades. Je voudrais pouvoir analyser plus au long de pareils renseignemens ; mais à mon tour, je suis obligé de soumettre à mes lecteurs le résultat de mon travail, de ma conviction. Il ne reste que le temps de le faire sous forme de proposition, sans entrer dans leur développement.

Il est souvent très difficile d'établir le diagnostic différentiel entre beaucoup de maladies vénériennes et d'autres affections ; le conseil donné dans cette incertitude de traiter par le mercure est une erreur très préjudiciable. Cette substance soit à l'état métallique, soit dans ses diverses combinaisons est nuisible à l'économie ; les expériences d'un grand nombre de médecins le prouvent avec évidence ; le mercure injecté dans les veines se rend dans les capillaires pulmonaires et y détermine des phlegmasies chroniques, une véritable suppuration ; M. Cruveilher est convaincu qu'il peut à volonté amener ainsi phthisique l'homme le plus vigoureux. Le mercure tue le fœtus, empêche le développement des ovipares ; le professeur d'Alfort, Dupuis, a constaté que le sublimé ramollissait les tissus vivans. Il est donc important de négliger la théorie des virus, pour ne traiter qu'une maladie contagieuse, en rejetant tout spécifique du virus syphilitique, tout en conservant le mercure comme puissant modificateur de nos fonctions et de nos tissus.

Cette manière d'envisager la syphilis est celle de M. Cullerier, dont j'ai suivi la pratique pendant mon service à l'Hôpital des vénériens.

Il ne faut jamais administrer le mercure pour un symptôme primitif quelconque, il retarde la

guérison; il ne garantit pas contre la récidive, qui à la vérité se fait beaucoup plus attendre après l'administration du mercure, mais elle est aussi plus grave. Le mercure peut d'ailleurs par lui-même produire des exostoses; je n'ai pu en voir que très peu qui n'aient pas été précédés de l'usage du mercure; M. Lagneau lui-même, qui convient de ce fait, tout en disant qu'il faut savoir diriger convenablement l'emploi du mercure, n'indique pas une seule règle de conduite à cet égard. Je ne parle pas des affections cutanées dépendantes du mercure non plus que des nombreuses stomatites et des autres dérangemens des fonctions viscérales. Je n'en finirais pas si je rapportais tous les cas de ce genre qui sont à ma connaissance. Il est donc plus sage, plus rationnel de courir moins de risques et d'attendre une affection secondaire, qui n'aura pas lieu une fois sur trente et qui, dans ce cas, sera bénigne, que de prodiguer un traitement mercuriel sans urgence et sans règle fixe pour le suspendre ou le continuer. Sans doute il est des cas d'affections syphilitiques, secondaires principalement, qui ne guérissent que par l'introduction du mercure dans notre économie; tandis que d'autres affections également secondaires, s'exaspèrent sous l'influence de ce traitement, surtout lorsqu'il existe une phlegmasie chronique des poumons ou des organes digestifs: dans ces dernières circonstances, sous aucune forme, on ne doit employer le mercure.

Suivant moi, on ne doit donc recourir au mercure que dans certains cas d'affections secondaires, rebelles aux autres moyens; jamais contre un symptôme primitif, ou pour prévenir une rechute. Le mercure reste donc comme moyen puissant dont on peut et doit se servir avec réserve et habileté, mais il ne peut être regardé comme un spécifique, si l'on veut entendre par ce mot qu'il guérit sûrement et pour toujours une affection vénérienne quelconque.

Dans cet article déjà trop long, je suis privé de traiter des symptômes particuliers aux diverses formes de la syphilis, et de leurs méthodes curatives.

M. Devergie aîné termine son ouvrage par des descriptions très exactes de la maladie syphilitique et par une juste appréciation de sa gravité relative; l'érudition la plus vaste et la mieux choisie ne le cède pas à une critique judicieuse, à une pratique éclairée. Un fort volume in-4° de planches coloriées complète les descriptions, instruit le médecin; et s'adressant encore aux gens du monde devient pour eux un véritable traité de morale qui donne la leçon la plus éloquente et la plus terrible, pour prémunir contre les dangers du libertinage et ses funestes conséquences.

CAFFE, D. M. P.

Chef de clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu de Paris.

III. — REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

(*Novembre* 1834.)

Ce numéro contient les mémoires originaux suivans:

1° *Observations de maladies des centres nerveux, recueillies à la Pitié dans le service de* M. Rostan, par A. DUPLAY, *chef de clinique;*

2° *De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës et chroniques* (Obs. recueillies dans le service de M. Andral), par Max. SIMON;

3° *Leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital St.-Louis*, par M. GERDY, *professeur, publiées sous ses yeux*, par M. BEAUGRAND, *interne.*

1° Les observations de M. Duplay en attendent d'autres. Lorsque la dernière partie de ce travail sera publiée, nous en rendrons compte et donnerons alors les conclusions de l'auteur.

2° Le travail de M. Max. Simon est la dernière partie d'un Mémoire sur l'emploi des purgatifs. Nous en avons déjà parlé et avons promis les conclusions des faits qu'ont pour base ces recherches cliniques.

Les faits, tous favorables à l'emploi des purgatifs, tous ou presque tous défavorables à l'emploi des antiphlogistiques, sont inscrits dans trois séries, dont la première, consacrée aux *maladies de la circulation et de la respiration*, se compose: *d'un cas de bronchite aiguë, plusieurs cas de bronchite chronique compliqués d'emphysème pulmonaire et d'hypertrophie du cœur, un cas de pleurodynie, un cas de péritonite circonscrite avec gêne considérable de la respiration, un cas de laryngite chronique;* dans la deuxième série, intitulée: *Affections de l'appareil digestif*, se trouvent: *deux cas dans lesquels les symptômes abdominaux étaient une diarrhée et une constipation alternatives, avec vives coliques; deux cas d'angine, avec embarras gastrique; trois cas d'embarras gastrique, avec diverses formes symptomatiques; deux cas de constipation, avec coliques intenses; deux cas d'embarras gastro-intestinal, et un cas d'entérite.* Enfin, dans la troisième série, sous le titre de: *États morbides du système nerveux*, sont rangés: *Un cas d'érysipèle du cuir chevelu, avec délire; deux cas de congestion cérébrale; un cas de chorée; enfin, un cas de gastro-entérite, placé dans cette série à cause de la nature des symptômes généraux offerts par le malade.* — Les conclusions sont: que les purgatifs, ou comme dit l'auteur, la révulsion interne peut être utile dans les cas analogues à ceux dont il rapporte l'histoire.

Commençons par louer, pour avoir le droit de mieux critiquer ensuite. Ce qu'il y a à louer d'abord, c'est la raison de l'homme de l'art et du professeur qui sent que le *progrès* ne consiste pas en une course fougueuse et tête baissée dans un chemin engageant par sa nouveauté et sa facilité décevantes, mais bien à démolir le mur présomptueusement élevé sur les limites de notre siècle et de l'autre, afin que le passé, si immense, puisse projeter sa lumière sur notre

présent si étroit! — Une médication consacrée par l'expérience la plus universelle et la plus ancienne, une médication que nulle autre peut-être n'égale pour le nombre et l'utilité des applications, et dont l'inconvénient le plus grand est de n'en point avoir quand elle n'est pas utile; une telle médication était restée de l'autre côté du mur. M. *Andral* tente de lui faire reprendre son ancien rang dans la thérapeutique, et un succès incontestable a encouragé son heureuse pratique. Dans tous les cas énumérés plus haut, les indications ont été parfaitement saisies; aussi, les effets ont-ils été dans tous, prompts, radicaux et évidemment dépendans de la médication. Dans quelques uns, où par un reste de fanatisme ou d'habitude physiologique on a sacrifié à la méthode anti-phlogistique, sur des motifs en apparence fondés, l'état stationnaire ou aggravé de la maladie a fait de suite reconnaître la perfidie de l'indication, que les purgatifs ont alors merveilleusement remplie. Les observations dont M. *Simon* a composé son mémoire, appartiennent presque toutes à des maladies aiguës; mais ces maladies, qui toutes ont cédé au même traitement, avaient donc quelque analogie? Assurément, et plus que de l'analogie. Il ne serait pas difficile de prouver, qu'à part deux ou trois, dont nous parlerons en dernier lieu, les autres n'étaient que des variétés de la même espèce. C'est ce que nous aurions désiré que l'auteur nous montrât, pour généraliser plus utilement les indications de la médication purgative; car, lorsque après avoir raconté l'histoire de plusieurs affections distinctes par les phénomènes locaux, et qui ont rapidement guéri par les purgatifs, il se borne à établir dans ses conclusions, que l'usage des purgatifs est indiqué dans les maladies, le lecteur est en droit de lui dire : C'est très bien! mais vous ne me répétez que ce que vos faits viennent déjà de m'apprendre. Ce qu'il me faut, c'est un caractère général, une formule, une abstraction qui me permette d'oublier les faits, en laissant néanmoins dans mon esprit ce que, eux ou le genre d'état morbide duquel ils relèvent, ont de commun en tout, et spécialement sous le rapport des indications thérapeutiques. Voici quelques réflexions qui peut-être répareront cet oubli. Depuis une vingtaine d'années, une maladie a disparu de nos livres, qui malheureusement est restée sur l'humanité. Cette maladie était désignée autrefois sous les noms synonymes de fièvre catarrhale bénigne, lymphatique, pituiteuse, rhumatique, etc., etc. Aujourd'hui, on en a fait plus de trente fragmens anatomiques; ce qui est cause, qu'ayant traité et guéri par les mêmes moyens *les trente formes symptomatiques*, on a cru que ces moyens étaient applicables à un grand nombre d'affections bien distinctes; tandis qu'en réalité on n'avait eu à faire qu'au *même fond pathologique*, se traduisant sous diverses expressions déterminées par les tempéramens, les âges, les constitutions atmosphériques, etc., etc.; et voilà précisément ce qui entrave et retarde toute tentative de systématisation. *La fièvre catarrhale bénigne*, dont *Stoll* a si bien fait ressortir les caractères généraux, puis les nuances, puis les caprices, comme il les appelle, dont *F. Hoffmann* a laissé une si fidèle description, peut être définie : *Une maladie aiguë, primitivement générale et fébrile, dans le cours de laquelle, une plus ou moins grande étendue des membranes muqueuses, devient le terme d'une fluxion phlegmasique superficielle, et comme érythémateuse, mobile, ambulante, affectant ces surfaces en procédant ordinairement des supérieures vers les inférieures, et se terminant favorablement d'elle-même au bout d'un septenaire, ou deux au plus, par des sueurs ou des excrétions provenant des portions de membranes muqueuses le plus spécialement atteintes.* La circonstance de l'existence d'une température depuis long-temps froide et humide et de la suppression de la transpiration cutanée, la blancheur sale et humide de la langue, sa largeur, sa mollesse, les douleurs contusives des membres, gravatives de la tête, la moiteur continuelle et halitueuse de la peau; son odeur douce et peu animalisée, la présence de vésicules miliaires dans tous les lieux les plus baignés de sueur; le développement libre et mou de l'artère, le peu de fréquence de ses battemens; les frissonnemens répétés et irréguliers, le coryza, l'enrouement, la toux, la mixtion difficile et la constipation du début, ainsi que l'absence de symptômes graves et typhoïdes éclaireront le diagnostic différentiel et empêcheront la confusion avec *les fièvres graves.*

Mais ce qui aide surtout, dans cette importante distinction, c'est le caractère bien observé de la constitution médicale régnante. Les symptômes nerveux dominent à un haut degré dans les *fièvres catarrhales*, et ils sont d'un tout autre ordre que ceux de la *fièvre typhoïde.* Ce qui les différencie surtout, c'est que dans les premières ils sont vivement et impatiemment ressentis par les malades et consistent principalement en un éréthisme général qui fait que les individus sont fatigués et *comme vexés* par des douleurs et une foule de malaises et d'inquiétudes organiques, dont ils rendent fort mal compte, mais dont ils se plaignent plus que s'ils pouvaient articuler l'existence de sensations vives et nettes C'est contre cet état de souffrance vague que les anciens dirigeaient les infusions de pavots, les très petites doses d'opium, de camphre, etc., qu'ils ne manquaient jamais de faire prendre le soir à leurs malades; le soir, parce que c'est l'époque de plus grande agitation dans cette fièvre, qui est du genre des *amphimérines* ou rémittentes quotidiennes. Dans les fièvres typhoïdes, les symptômes nerveux sont surtout remarquables, en ce que les malades y sont indifférens et ne se disent jamais plus à leur aise que quand ils en sont assiégés au plus haut degré; et puis, distinction fondamentale, ces symptômes inaperçus par le malade, frappent les yeux du médecin; tandis que dans la fièvre catarrhale, le médecin n'en a connaissance que parce que le malade les accuse incessamment. Cela seul peut faire comprendre la gravité des premiers, la bénignité des seconds. La lenteur des convalescences, la difficulté des solutions, les reliquats d'affections locales, qui n'en finissent pas, sont encore des traits de la maladie que nous décrivons. Tout ce que nous venons de dire doit s'entendre de la *fièvre catarrhale* type. Une foule d'autres états morbides que caractérisent leur mobilité

et leur peu de gravité dépendent de cette *affection-mère*. Toutes ces phlegmasies, qui n'arrivent pas à suppuration, qui n'ont pas les habitudes de l'inflammation complète, sincère; la plupart des érysipèles spontanés, des angines; les fièvres miliaires simples, les *éphémères*, suivies d'éruptions aphteuses, d'*herpes labialis*, les otites spontanées, les gastro-entérites aiguës qui ne reconnaissent pas de causes directes, les diarrhées qui servent si souvent de crises à une multitude d'affections rhumatoïdes vagues, les douleurs rhumatismales musculaires qui simulent des phlegmasies de la poitrine ou du ventre, que *Stoll* appelait : *spuriæ*, *Sydenham*, *nothæ*; c'est à-dire, fausses, ébauchées, bâtardes, sont des dépendances, des anomalies, *lusus varii*, comme disait *Stoll* de la fièvre catarrhale ou rhumatique. Eh bien! dans toutes ces affections, quand les localisations se sont opérées sur la muqueuse digestive, et que la maladie a déjà marché quelques jours; les évacuans des premières voies sont indiqués et obtiennent toujours un grand succès. Il en est de même, lorsque dans ces différens écarts la fièvre catarrhale se révèle, sous la forme de rhumatisme musculaire, comme *lumbago*, pleurodynie, torticolis, érysipèle, etc. Quand c'est la muqueuse pulmonaire, qui est surtout chargée de l'élimination, les diaphorétiques d'abord, les expectorans ensuite, réussissent mieux. On voit donc que, dans cette maladie, les indications consistent surtout à préparer et à effectuer les évacuations aux époques voulues et par les surfaces voulues. Quelquefois, au début, s'il y a quelques signes d'embarras de l'estomac, un vomitif juge de suite la maladie. A moins d'indication bien formelle, bien urgente, les saignées doivent être proscrites; elles ralentissent l'évolution franche et régulière des mouvemens salutaires de la nature et retardent les solutions. C'est ce qu'a constaté M. *Andral*. *F. Hoffmann*, ordinairement assez disposé à saigner, recommande bien de s'en abstenir. « *Sanguinis missio debito tempore et regimine instituta in plethoricis quàm optimè frequentem catarrhorum insultum arcet: sed præsente jàm catarrhali febre penitùs ab eâ abstinendum; tùm enim, experientiâ teste, diuturnitatem catarrhi adducit.* » Ce précepte est plus applicable aux saignées générales que locales : celles-ci peuvent être indiquées et pratiquées avec succès dans plusieurs cas de localisations congestives ou phlegmasiques exagérées ou fixées sur des organes importans.

Ainsi donc, la plupart des faits classés dans le mémoire de M. Simon, comme appartenant à des groupes de maladies différentes, se réduisent à des formes variées de fièvre catarrhale, qui étaient toutes dans les conditions où l'expérience de nos devanciers nous avait déjà appris que la médication purgative était très utile. Quiconque lira ces observations, dont nous avons textuellement rapporté les titres, se convaincra du tort fait à la pratique par ces classifications fondées sur la prédominance de tel ou tel symptôme, et verra, pour prendre un exemple dans les faits que nous venons d'étudier, que ceux qui font partie de la troisième série, sous le nom de : *États morbides du système nerveux*, ne sont ainsi intitulés, pour le premier cas, qu'à cause d'un peu de délire survenu dans une fièvre érysipélateuse; et pour les autres, à cause de courbature, de douleurs rhumatoïdes, de bourdonnemens d'oreille, d'insomnie, etc.; tous accidens inséparables des fièvres catarrhales un peu prononcées. Il verra aussi que les phénomènes essentiels et véritablement indicateurs assimilent ces cas à presque tous ceux des autres séries qui n'en diffèrent que par les accidens les plus secondaires et les moins dignes de fixer l'attention de celui qui connaît l'affection génératrice. Nous ferons remarquer un cas de fièvre typhoïde déguisé au milieu des autres faits, sous le nom de gastro-entérite et qui vient s'ajouter à ceux de MM. Delaroque et Piédagnel, pour attester l'avantage ou tout au moins l'innocuité des purgatifs dans ces graves affections. M. Andral a presque toujours fait usage des sels neutres; il y ajoute quelquefois un demi-grain de tartre stibié. L'huile de ricin lui a aussi servi.

Remercions ce professeur d'avoir, au moyen d'expériences cliniques faites avec toute la rigueur et l'impartialité scientifiques qu'on lui connaît, appelé l'attention des praticiens sur une classe d'agens thérapeutiques trop négligés de nos jours. Nous pourrions grossir le mémoire de M. Simon d'une foule de faits relatifs à la même question. Il suffit d'ajouter qu'ils donnent à ces faits et leur empruntent un haut degré de force et de crédit.

—

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(30 *novembre et* 15 *décembre* 1834.)

Le dernier cahier de novembre et le premier de décembre, du *Bulletin de thérapeutique*, nous présentent à analyser :

1° *Un mémoire de* M. Sandras, intitulé : *Quelques réflexions sur le traitement de la phthisie pulmonaire tuberculeuse.*

Parmi les médecins qui s'occupent de la phthisie pulmonaire, les uns suivent du doigt et de l'oreille les ravages d'un mal dont les conditions d'origine et de développement, les moyens prophylactiques et curatifs ne les inquiètent guère plus que s'ils étaient des naturalistes chargés d'observer fidèlement une série de phénomènes. Ils attendent l'autopsie sans rien faire, sans s'être demandé ce qu'on pourrait faire et pourquoi ils ne font rien. Les autres ne parlent que de spécifiques; ils guérissent toujours, et ce ne sont pas des phthisies équivoques dont ils revendiquent la cure; il leur faut des cavernes pulmonaires bien profondes à tarir et à cicatriser. Ces deux excès ont sans doute frappé M. Sandras comme nous, et c'est pour cela qu'il a voulu proposer quelques réflexions propres à éclairer les questions thérapeutiques suivantes :

1° Prévenir la phthisie chez un sujet qui en paraît menacé;

2° En arrêter les progrès sur un sujet qu'on en soupçonne atteint;

3° La traiter sur un sujet dont le mal est certain et déclaré.

Le but du premier de ces trois chefs ne peut être rempli qu'à condition que les sujets prédisposés aux tubercules peuvent se deviner à certains caractères extérieurs qui soient les attri-

buts d'une constitution que l'expérience a appris être favorable au développement de ces produits morbides, ou même à certaines habitudes pathologiques, que le médecin sait bien n'être pas encore la phthisie, mais un acheminement probable à cette maladie. Or, ces sources d'indications prophylactiques nous manquent dans bien des cas. Disons néanmoins que, pour la majorité, les tableaux d'Arétée et de Laënnec sont vrais. M. Sandras rejette complétement l'opinion qui attribue la naissance des tubercules à une irritation ou à une phlegmosie pulmonaires : celles-ci lui paraissent plutôt des effets. Pour ne pas le suivre dans les considérations d'hygiène, auxquelles il se livre, sur la diathèse tuberculeuse, et les conditions extérieures qui aident son développement, nous dirons seulement, que, regardant cette diathèse comme identique avec celle appelée scrophuleuse, il croit qu'en détruisant la constitution lymphatique, dont l'exagération produit les maladies du nom générique de scrophules, on peut prévenir ses explosions partout et par conséquent sur le poumon. Il est hors de doute que cette constitution a pour caractère la prédominance des fluides blancs, ainsi que des organes et des tissus chargés de les élaborer. Il est plus certain encore qu'elle imprime aux individus un cachet de débilité, qu'elle se développe ou s'accroît au milieu de circonstances toutes débilitantes; que les sujets qui n'en sont pas affectés se font remarquer par des attributs tout opposés, et que rien n'est plus commun que de voir les premiers amenés à l'état de santé et de vigueur des seconds, par des *ingesta* fortifians, la transplantation d'un climat froid et humide dans des pays chauds et secs, ou froids et secs; en un mot, par l'usage bien ordonné des agens de l'hygiène, dirigés dans le but de faire prédominer des influences contraires, pour obtenir lentement des modifications organiques contraires, aussi et généralement incompatibles avec les affections tuberculeuses. Les moyens hygiéniques et pharmaceutiques à opposer à la constitution scrophuleuse sont trop connus, pour que nous ayons besoin de les énumérer ici. Cette première partie est bien traitée; elle en était la plus susceptible, bien que ses limites ne soient pas tout à fait celles de la puissance de l'art dans la phthisie pulmonaire.

Quant à la seconde question qu'il s'est proposée, l'auteur fait remarquer à bon droit que ce qui embarrasse le plus le praticien qui vient de constater un commencement de productions tuberculeuses; c'est le double écueil auquel l'expose, d'une part, la crainte très fondée de favoriser la sécrétion tuberculeuse en employant des moyens antiphlogistiques débilitans; d'autre part, la nécessité où il est de s'armer de ces moyens pour apaiser les phlegmasies excitées dans le poumon par cette multitude de corps étrangers, qui, là comme partout, sont éliminés à l'aide d'un mécanisme, ailleurs salutaire, ici funeste, rapidement mortel, à cause de la spécialité des fonctions de l'organe. Pour se décider à la saignée, il faut que les indications tirées des congestions ou des inflammations disséminées qui entourent chaque masse tuberculeuse, soient bien urgentes, et alors, on doit laisser couler peu de sang, y revenir à plusieurs reprises ou prescrire quelques émissions sanguines locales. La manière dont est traitée cette seconde question, laisse bien à désirer. A part quelques recommandations assez convenablement senties et exprimées sur l'opportunité très limitée et les graves inconvéniens des émissions sanguines, M. Sandras tombe dans ces lieux communs de la thérapeutique, qui font les frais de la dernière page de tous les chapitres d'une nosologie, et qui se réduisent à dire : S'il survient des accidens nerveux, donnez l'opium et les calmans; si les poumons s'engorgent de mucosités qu'ils ne puissent rejeter, ayez recours aux excitans, aux vomitifs, etc., etc.

Que reste-t-il à faire, lorsque la phthisie est parvenue au troisième degré, qu'elle est confirmée? Les malades perdent plus qu'ils ne gagnent aux émissions sanguines dirigées contre la fonte des tubercules et l'inflammation chronique dont elle est accompagnée. Les révulsions larges et actives sur quelques endroits de la peau ajoutent à la fièvre du mal la fièvre du remède, à la résorption purulente une nouvelle résorption. Les vapeurs émollientes, aromatiques, ont pu servir à quelques guérisons, mais dans des cas déterminés et où une nouvelle déposition de matière tuberculeuse ne remplaçait pas les cavernes cicatrisées. La diète exténue les malades arrivés à cette période. Il n'est pas prouvé que la fièvre hectique soit une contre-indication à l'alimentation. On voit les phthisiques qui manquent d'appétit, mourir le plus vite, et ceux qu'on nourrit, mieux fournir aux dépenses de forces qu'exige l'élimination tuberculeuse dont la fièvre paraît être l'instrument. Contre la diarrhée colliquative, l'opium, les astringens, et en première ligne, le kino. L'acétate de plomb tant vanté contre les sueurs nocturnes, échoue presque toujours. D'ailleurs, il est inutile de tourmenter les malades par des médications dirigées contre ces deux accidens : car, si on apaise l'un, c'est pour augmenter l'autre. Les ventouses sèches, de petits vésicatoires, les opiacés, voilà pour les points pleurétiques qui traversent les derniers jours des malheureux phthisiques.

Les réflexions de M. Sandras, précisément parce qu'elles sont en elles-mêmes vraies et satisfaisantes, font regretter qu'il ait méconnu ou négligé de discuter une foule de questions intéressant prochainement la solution de celles que son travail a pour but d'éclairer. La question de l'influence réciproque qu'exercent à l'égard les unes des autres, les maladies tuberculeuses du poumon et scrophuleuses de la peau, des os, des ganglions lymphatiques, etc., quand elles existent simultanément ou successivement chez le même sujet, ou isolément sur plusieurs individus de la même famille; l'action des suppurations artificielles établies surtout sur les parois thoraciques, dont l'auteur n'a dit, très injustement, qu'un mot de blâme; l'action non moins puissante et incontestable des eaux sulfureuses; celle assurément très avantageuse des baumes et résines, substances qui rendent encore aujourd'hui des services, comme il y a deux cents ans, alors que l'illustre Richard Morton écrivait sa *phthisiologie*, ouvrage où, non seulement la phthisie pulmonaire est bien

décrite anatomiquement, mais où, sous les mêmes titres, et suivant les mêmes divisions naturelles, on peut lire à peu près les mêmes opinions, les mêmes pratiques que celles émises par M. Sandras, bien que celui-ci ait avancé que toutes les observations des auteurs anciens sur la phthisie sont frappées de nullité; une foule d'autres importans problèmes, enfin, sont dignes d'occuper la sagacité de M. Sandras, qui a montré dans le travail que nous venons d'analyser, qu'il est le maître de le compléter de la manière la plus satisfaisante.

2° *De la gangrène de la bouche chez les enfans et de son traitement*, par M. C.

Les praticiens connaissent cette stomatite gangréneuse, qui survient le plus souvent chez les enfans, dans le cours ou après les maladies générales, comme les varioles, rougeoles, scarlatines, etc., ou bien encore, qu'on voit se développer, lorsqu'une maladie quelconque a plongé les enfans dans une profonde cachexie; qu'il est plus rare, enfin, d'observer idiopathiquement et indépendamment des maladies générales, que nous venons de citer : c'est de cette grave affection qu'il s'agit. Les médications topiques sont souveraines dans ces gangrènes de la bouche. L'auteur du petit article, dont nous rendons compte, préconise les caustiques : c'est au *proto-nitrate acide liquide de mercure* qu'il donne la préférence, sans négliger un régime fortifiant, les acides minéraux et le quinquina à l'intérieur, ainsi que des gargarismes chlorurés dans l'intervalle des cautérisations qu'il suffit de pratiquer deux fois par jour.

3° *De l'emploi des fumigations d'acide carbonique, pour combattre l'aménorrhée et les douleurs utérines qui précèdent l'évacuation menstruelle.*

On préconise ces fumigations d'après des faits tirés de Major et Borda, dans les cas de ténesme utérin, de coliques vives, qui, chez certaines femmes irritables ou prématurément réglées, précèdent ou accompagnent le flux menstruel.

L'auteur de ce petit article aurait dû spécifier davantage et nous dire si le moyen qu'il propose est utile dans ce genre de douleurs rénales et utérines, qui, chez les femmes, en même temps nerveuses et très pléthoriques, annoncent des règles difficiles, dont l'éruption se fait avec presque autant de labeur qu'un accouchement, qui coulent long-temps et peu abondamment avec gonflement de la matrice, expulsion par intervalles de petits caillots sanguins, etc., ou bien, s'il veut parler de ces dysménorrhées spasmodiques auxquelles sont sujettes les femmes maigres, chétives, et caractérisées par une grande mobilité nerveuse, dysménorrhées, qui, comme dans la première classe, ne paraissent pas dépendre d'une irritabilité pléthorique, mais d'un état de spasme pur, qui, levé par les antispasmodiques directs, tels que la valériane, le castoréum, l'assa-fœtida, permet à l'écoulement des règles de s'accomplir en silence, tandis que les accidens dont nous avons parlé en premier lieu cèdent à la saignée, aux bains, etc. Quoi qu'il en soit, le moyen indiqué s'administre de la manière suivante : On prend un flacon à deux ou trois tubulures, dans lequel on introduit une certaine quantité de marbre ou blanc pulvérisé. A l'une des tubulures est adaptée une grosse sonde de gomme élastique convenablement lutée; à l'autre, un entonnoir qui sert à verser peu à peu sur la poudre de marbre de l'acide sulfurique affaibli. Quand le dégagement commence à se faire, on introduit dans le vagin le bout de la sonde, et on répète ces fumigations deux fois par jour. C'est une manière très sûre et peu dispendieuse de régulariser le flux menstruel et de dissiper les douleurs cruelles qui le précèdent, l'accompagnent et le suivent si souvent.

H. Pidoux, D.-M.P.

—

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(*Octobre, novembre et décembre*).

Les notes et articles originaux de ces trois mois se réduisent à ce qui suit :

Note sur la dermite contusiforme, maladie non encore décrite, par M. Duparcque. — *Mémoire sur l'emploi de l'acétate de morphine par la voie endermique dans le traitement des névralgies, connues sous le nom de migraines, hémicrânies, etc.*, par M. Magistel. — *Mémoire sur un nouvel instrument dit ostéotôme, pour l'ablation partielle des os*, par le docteur Heine jeune, de Wurtzbourg. — *Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris pendant les mois d'août et de septembre*, par M. A. Boyer. — *Mémoire sur un nouveau procédé opératoire propre à prévenir la récidive du cancer.* — *Note sur le trotoxide de fer hydraté, comme contre-poison de l'acide arsénieux.* — *Exposé succinct des différentes méthodes de traitement employées à l'Hôpital des enfans malades à Vienne.* — *Mémoire sur les moyens de diminuer la tête du fœtus dans les cas de forte déformation du bassin et principalement sur le broiement*, par M. Baudelocque neveu. — *De la spécialité organique considérée dans les fonctions intellectuelles du corps humain*, par M. Lélut (*premier article*). — *De l'emploi du calomel dans les fièvres typhoïdes*, par M. Weber, de Mulhouse. — *De la spécialité organique considérée dans les fonctions intellectuelles du corps humain*, par M. Lélut (*deuxième article*). — *Hôpital de Westminster : De quelques méthodes de traitement employées dans le rhumatisme.* — *Du spasme de l'urètre et du col de la vessie*, par M. Civiale. — *Hospice de Bicêtre : Cours clinique sur les maladies nerveuses.* — *Emploi du laudanum de Sydenham contre les spasmes lombaires ou fausses douleurs qui compliquent le travail de l'accouchement*, par M. Foulhioux, de Lyon. — *Recherches sur le cathétérisme et sur les diverses espèces de rétrécissement de l'urètre chez la femme*, par M. Larcher. — *Mémoire sur l'anatomie et la physiologie du foie*, par M. Francis Kiernan. — *Nouvelles expériences et observations sur quelques usages de la Créosote.*

Note sur la dermite contusiforme, maladie non encore décrite, par M. Duparcque D. M. P.

Pour éviter à nos lecteurs l'embarras de classer dans leur mémoire, deux étiquettes pour un seul objet, nous devons leur dire que le titre

de cette note veut être lu comme il suit : *Note sur la dermite contusiforme, maladie non encore ainsi dénommée ;* car l'auteur a décrit sans s'en douter la variété *nodosum* de l'espèce *erythema* de l'ordre *exanthèmes* de Bateman, description qu'on retrouve ensuite dans les ouvrages de pathologie cutanée publiés d'après la classification du dermatophyle anglais adoptée par M. Biett, (Cazenave et Schédel, Gibert) et dans le grand ouvrage du professeur Alibert au groupe des dermatoses eczémateuses. Disons pourtant que toute la faute de cette méprise n'appartient pas à M. Duparcque ; car dans les monographies que je viens de citer, l'*erythema nodosum* est, d'une part mal décrit dans ce qu'on a dit, et d'autre part incomplétement décrit. Deux différences insuffisantes au reste pour fonder une distinction naturelle, semblent séparer l'affection mentionnée par M. Duparcque de celle des auteurs ; ce sont : 1° sa durée fixée par les premiers à quarante jours, par les seconds à deux septenaires ; 2° le fait signalé par celui-là, du passage successif des élevures noueuses et d'un rouge foncé, qui sont le caractère anatomique de la maladie, à la couleur violette, puis bleue, puis verte, puis jaune, nuances qui, comme l'ecchymose (d'où le nom de dermite contusiforme) sont des signes certains de résolution ; tandis que ceux-ci se sont arrêtés à la teinte violette, voire même bleuâtre, sans tenir compte ni du vert ni du jaune... Mais en vérité, il n'y a ni dans l'une ni dans l'autre de ces circonstances un motif d'inauguration dans le cadre nosologique d'une nouvelle individualité. Et puis, comme nous l'avons déjà dit, les descriptions d'*erythema nodosum* dans les auteurs sont peu ressemblantes et tronquées, eu égard surtout aux phénomènes précurseurs et généraux de la maladie, phénomènes qui rapprochent tellement cette affection des fièvres graves, que, sans le développement des gonflemens noueux siégeant le plus souvent à la face antérieure des jambes et des douleurs fornicantes et tensives qu'y accusent les malades, l'érythème noueux pourrait quelquefois en imposer pour une dothienentérie, d'autant plus que, comme celle-ci, il reflète très facilement le génie des constitutions médicales régnantes, et affecte une marche et une durée peu susceptibles d'être modifiées par nos agens thérapeutique : aussi, appartient-il de droit à l'ordre des fièvres exanthématiques.

Mémoire sur l'emploi de l'acétate de morphine par la méthode endermique, dans le traitement des névralgies, *connues sous le nom* de migraines, hémicrânies, etc.

Les conclusions de ce Mémoire sont celles-ci :

1° *Les maladies désignées jusqu'à ce jour sous le nom d'hémicrânies, de migraines, sont des névralgies ;*

2° *Ces névralgies ont ordinairement pour point de départ les épanouissemens des nerfs qui se distribuent aux régions temporales et orbitaires ;*

3° *Il peut arriver cependant que des sympathies nerveuses viennent donner la migraine, l'irritation primitive étant dans un organe ou dans un nerf éloigné de ces régions ;*

4° *L'action locale des narcotiques constitue le meilleur mode de traitement, même dans les migraines symptomatiques ;*

5° *L'acétate de morphine employé sur le derme dénudé par la pommade ammoniacale, est pour la migraine, comme pour beaucoup d'autres névralgies, le meilleur agent thérapeutique.*

S'il est important, comme nous venons de le montrer plus haut, de n'appliquer qu'un seul nom à une maladie unique, il est dans la pratique plus important encore, de ne pas réunir sous la même dénomination deux maladies différentes, et différentes surtout quant au traitement qu'elles réclament : de ce nombre sont la névralgie faciale et la migraine. Suivant nous, c'est au préjudice de la science et des malades, qu'à l'exemple de Chaussier et de M. Magistel, on cherche à identifier ces deux affections. Une telle confusion, nous le répétons, est grave en pratique ; elle est de plus très commune : c'est pourquoi nous ne pouvons résister au besoin d'esquisser brièvement en regard les uns des autres les caractères distinctifs les plus essentiels de ces deux maladies.

NÉVRALGIE FACIALE. — *Causes prédisposantes.*

Le sexe féminin, l'anémie, la chlorose, une habitude rhumatismale, l'existence antérieure de fièvres intermittentes. Les gastralgies, entéralgies, douleurs sciatiques antécédentes ; tempérament lymphatico-nerveux.

Causes occasionelles.

L'influence directe du froid humide sur la face, les coups d'air sur cette partie, l'habitation des pays marécageux, la carie des dents, les exostoses de différens points du crâne, certaines maladies des sinus, etc...

Symptômes, marche, durée, siége, etc.

Douleur naissant d'abord d'un tronc ou d'une grosse branche des trois divisions de la cinquième paire, au début avec torpeur ou formication, puis bientôt pulsative, à élancemens rapides, se propageant, comme l'éclair, aux rameaux du nerf, s'anastomosant, lorsqu'elle est très violente, avec les autres divisions du trijumeau, le plexus cervical superficiel, etc... Souvent avec injection de l'œil, paralysie momentanée de la paupière, chémosis, ayant le plus fréquemment la durée d'un accès de fièvre intermittente, accompagnant d'autres fois celle-ci ou la remplaçant (fièvre larvée) ; ordinairement pourtant à accès irréguliers pour leur retour et inégaux dans leur durée ; pouvant occuper primitivement ou la branche frontale ou la sous-orbitaire ou la maxillaire inférieure ; engendrant dans sa violence le tic douloureux de la face, etc.

Traitement.

Quinquina à hautes doses, préparations martiales, pilules de Méglin, anti-névralgiques de M. Trousseau ; topiques tirés des solanées vireuses, sels de morphine par la méthode endermique, etc... Armures aimantées, cautères, moxas ; section du tronc nerveux point de départ des premières douleurs.

MIGRAINE. — *Causes prédisposantes.*

Sexe masculin, hérédité goutteuse, état vi-

cieux des premières voies et du système utérin ; tempérament bilioso-sanguin.

Causes occasionelles.

La guérison intempestive de dartres, de sueurs partielles, d'hémorrhoïdes ; menstruation difficile, digestions imparfaites, insomnie, excès de travail intellectuel et de plaisirs ; chagrins profonds et concentrés, etc.

Symptômes, marche, durée, siége, etc.

Inquiétude générale, morosité, tête pesante, frissons irréguliers, vertiges, disposition nauséeuse, agacement ; douleur hémicrânique ou générale, comme si les sutures allaient se disjoindre ou comme si la calotte crânienne était de plomb ou que les tempes fussent lentement comprimées dans un étau ; la face n'est douloureuse dans aucun de ses points ; elle est pâle et abattue. La douleur est rarement pulsative et ne suit pas les trajets nerveux. Intelligence obtuse, aversion pour tout ce qui peut faire impression sur les sens, désir de l'obscurité et du silence ; inquiétude générale, éréthisme de toute la surface cutanée, froid par tout le corps ; nausées, vomissemens bilieux ou de matières acides, avec soulagement. On ne peut assigner à cette affection de siége anatomique délimité. Sa durée est de deux à vingt-quatre heures. Les malades ne la retrouvent ordinairement plus à leur réveil. Elle revient à des époques assez bien en rapport avec l'action des causes occasionelles.

Traitement.

Soustraire le malade à toutes les causes qui peuvent tenir les sens en éveil, favoriser le sommeil. La thérapeutique ne doit se permettre que quelques lénitifs dans la violence de l'accès dont le sommeil est le seul moyen de solution. Les traitemens qui tendent à supprimer cet accès peuvent y parvenir, mais en faisant subir au malade la chance d'autres affections plus graves, telles que l'asthme, la goutte articulaire ; l'amaurose, des maladies chroniques des viscères abdominaux et génito-urinaires, etc.

Tous les cas cités par M. Magistel dans son mémoire, appartiennent à des névralgies, de sorte que, fortuitement, ce praticien (au moins dans les observations qui composent son écrit) n'a pas eu occasion d'appliquer un principe erroné. A coup sûr, le traitement qu'il préconise est un des plus puissans contre cette sorte d'affections. Rarement, et personne peut-être plus que nous n'a vu manier cette arme thérapeutique, la névralgie faciale y résiste. M. Magistel se sert de l'acétate de morphine. Il y a bien long-temps que, convaincu de l'infidélité de cette préparation fort peu soluble, M. Trousseau y a substitué avec grand avantage le sulfate ou l'hydrochlorate. Ainsi donc, qu'on applique les conclusions du travail de M. Magistel au traitement des névralgies de la face, et ces conclusions resteront très vraies et très utiles ; mais qu'on se garde de les étendre à celui des migraines, sous peine de les trouver fausses et nuisibles.

Mémoire sur un nouveau procédé opératoire propre à prévenir la récidive du cancer, par M. Martinet de la Creuse. — L'avantage du procédé proposé par l'auteur résulte de l'observation de quatre faits dont les histoires sont parfaitement tracées, et de manière à ne laisser aucun doute sur l'excellence du moyen, dans ces quatre cas au moins. Ces remarquables observations ont pour sujets : la première, un cancer au nez ; récidive après l'opération ; emploi de la pâte arsénicale ; empoisonnement par absorption ; état stationnaire de la plaie ; application d'un lambeau pris sur la joue ; guérison complète ; pas de récidive depuis six ans. La seconde, l'extirpation d'un sein cancéreux ; récidive pendant la cicatrisation ; application sur la plaie de la pâte arsénicale ; guérison apparente suivie d'une seconde récidive ; nouvelle opération ; application sur la plaie d'un lambeau de peau ; guérison complète. La troisième, l'extirpation encore d'une tumeur squirrheuse au sein ; récidive peu de temps après ; seconde opération avec le bistouri ; nouvelle récidive ; application sur la plaie d'un lambeau de peau ; guérison. La quatrième enfin, une tumeur squirrheuse de la joue enlevée avec l'instrument tranchant ; récidive ; cautérisation avec le fer rouge ; restauration de la joue par l'application d'un lambeau pris à la partie postérieure de la tête ; fistule salivaire consécutive, guérison complète. On voit que ces beaux succès paraissent dus à l'autoplastie. Tailler dans les tissus environnans et hors de l'atmosphère cancéreuse un lambeau bien nourri et de forme appropriée à celle de la plaie, elle-même recouverte de bourgeons charnus louables, tordre le pédicule de ce lambeau et l'appliquer par sa face saignante sur celle de la plaie ; pratiquer des points de suture en aussi grand nombre que le lieu l'exige : voilà en quoi consiste le procédé mis en usage par M. Martinet. Il a jusqu'ici pour lui quatre succès bien propres à encourager son exécution ultérieure. Si on ajoute à ces motifs d'encouragement les considérations suivantes, savoir : que le cancer récidive presque toujours sur la cicatrice ou à l'union de celle-ci avec les tissus voisins ; qu'on a d'autant plus de chances pour la guérison solide qu'on opère sur une partie recouverte par une peau parfaitement saine, puisque le cancer ulcéré récidive beaucoup plus souvent que le squirrhe ; qu'on augmente encore ces chances en opérant la réunion par première intention, etc... on se convaincra que la méthode dont nous venons de faire part, joint aux succès dont elle a été couronnée entre les mains de son auteur le mérite moins grand sans doute, mais qu'accessoirement il ne faut pas dédaigner, d'être sanctionnée par le raisonnement et l'analogie.

Note sur l'emploi du calomel dans les affections typhoïdes, par M. Weber de Mulhouse, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

Le calomel, administré au début de l'affection à la dose de un grain le matin, un à midi, un le soir, lorsqu'elle s'annonce avec bénignité ; de deux à trois grains le matin et quatre à six grains le soir, la maladie ayant une intensité moyenne ; enfin, à la dose de deux grains toutes les heures, lorsque tous les symptômes sont réunis à un haut degré, cela pendant tout le cours de la fièvre. Telle est la méthode de traitement qui, selon M. Weber, sans abréger la

maladie, lui assure pendant tout son cours un caractère uniformément léger ; traitement avec lequel il a vu guérir de nombreux malades que, sans lui, la mort aurait certainement emportés ; avec lequel aussi, il ne lui a pas été donné de voir ces météorismes si redoutables, ces langues sèches et fuligineuses, non plus que le délire, l'insomnie opiniâtre, les soubresauts des tendons, etc. ; traitement enfin qui amène des convalescences franches et rapides. C'est sur une grande échelle que ces faits, dont les résultats sont identiques et si heureux, ont été observés. On sait qu'ils ont de l'écho dans quelques services des hôpitaux de Paris.

H. Pidoux, D.-M. P.

JOURNAUX ITALIENS.

Conjectures du professeur Lorenzo, sur la cause du paroxysme dans les maladies inflammatoires durant la nuit.

Il n'y a pas de fièvre continue qui marche d'un pas toujours égal, *uno tenore*. Dans la plupart des fièvres de ce type, on observe un redoublement le soir, et quelquefois un plus léger, tantôt vers la fin de la nuit, tantôt à la pointe du jour. Le professeur Martini se demande pourquoi il n'y a pas, généralement parlant, de maladies, surtout de maladies inflammatoires qui n'aient un paroxisme durant la nuit. Pour arriver à une explication, il commence par établir que l'économie animale est sujette à des lois. Ce principe est incontestable. L'ordre qui existe dans l'univers, cette harmonie que nous admirons parmi tous les êtres créés, règne aussi dans l'exercice de nos fonctions et soutient notre existence. « Les mo-« mens de la gestation sont comptés, dit *Vicq-« d'Azir;* l'accroissement et les âges ont leurs « phases particulières ; l'écoulement des règles « a ses périodes ; non seulement chaque épo-« que, mais chaque jour de la vie est sujet aux « mêmes lois. »

Reste à savoir en vertu de quelle loi, le rehaussement des symptômes a lieu durant la nuit dans les maladies inflammatoires. Voici la conjecture de M. Martini : On a remarqué que dans le temps du sommeil, quelques fonctions de la vie interne acquièrent de l'énergie, et qu'alors la vie externe perd en proportion de la sienne. Or, le plus grand nombre des maladies ont leur siége dans les organes de la vie interne, donc cette vie doit être agitée pendant la nuit. Si, contre l'ordinaire, la maladie réside dans les organes de la vie externe, il n'y a plus de redoublement pendant la nuit, on observe plutôt de la rémission dans cet espace de temps.

Nous n'admettrons point cette explication pour deux raisons.

1° La distinction entre la vie interne et la vie externe est très propre à faciliter l'étude de la physiologie, mais elle est purement arbitraire ;

2° Les lois qui régissent l'économie animale en état de santé ne sont point les mêmes en temps de maladie. Un seul exemple suffira à cette assertion : Voyez cet adynamique qui depuis trente jours n'a pas pris de nourriture et pourtant il vit, il a même le pouls fort. Résisterait-il à une diète aussi sévère, s'il s'y fût soumis en parfaite santé ? son pouls du moins ne serait-il pas tombé ? Voulez-vous fortifier tel malade ? ne lui donnez pas d'alimens ; faites-lui plutôt une copieuse saignée.

Le professeur Martini a raison de ne pas attacher la moindre prétention à sa conjecture. Néanmoins il se plaît à exercer son imagination sur pareille matière, et il promet de nous faire part de ses idées sur les retours périodiques des accès de la fièvre intermittente. On sait que les accès de la quotidienne reviennent le plus souvent le matin, l'heure de la tierce vers le milieu de la journée, et l'heure de la quarte dans l'après-midi. La fièvre quotidienne règne principalement en hiver, la tierce au printemps, et la quarte en été. L'enfance et la vieillesse sont le plus sujettes aux fièvres quotidiennes, et l'âge viril est plus exposé à la fièvre tierce. Nous dira t-il aussi pourquoi dans les affections nerveuses et douloureuses, on observe des paroxysmes, même dans celles dont la cause est mécanique, par exemple les calculs de la vessie? Les douleurs que ces derniers produisent, quoique la pierre n'ait changé ni de place ni de nature, ne sont pas continuelles ; souvent elles redoublent tantôt la nuit, tantôt le jour, à divers intervalles et disparaissent ensuite pour un temps.

Rien n'est plus contraire au véritable esprit de recherche que cette indiscrète et fatigante curiosité que tout irrite et que rien ne satisfait ; l'explication des causes finales n'est pas aussi savante, mais nous convient mieux pour nous délivrer de l'importunité des questionneurs. Et la femme en couche s'en tient à cette réponse de la matrone, pour l'intermittence des douleurs, que *la nature a ménagé des momens de repos pour réparer les forces et amener à bien le travail de l'enfantement.*

Emploi du charbon animal dans les scrofules.

Cinq enfans scrofuleux, âgés de 6 à 10 ans, ont été confiés aux soins du docteur C. Speranza, professeur de médecine à l'université de Parme. La diathèse scrofuleuse était manifeste tempérament lymphatique ; peau fine et lisse ; grosseur de la lèvre supérieure ; mobilité lente de la pupille ; légère difficulté de respirer, défaut d'appétit dans les uns, boulimie dans les autres ; flatuosités ; rapports acides ; ballonnement du ventre avec apparence d'obstructions aux glandes du mésentère ; tumeurs indolentes au cou, non encore à l'état de suppuration ni d'ulcération ; parfois mouvemens fébriles, et, bien que les malades fussent maigres, on ne pouvait pourtant pas dire qu'ils fussent émaciés ou phthisiques.

Le médecin met en première ligne de traite-

ment les moyens hygiéniques, et, sur ce point, il se sent fort de l'assentiment de tous ses confrères. Abstinence des alimens de difficile digestion, tels que les farineux, les glutineux; bouillons faits avec de jeunes animaux; pour boisson ordinaire, eau pure ou mêlée avec une eau minérale saline propre à fondre les glandes engorgées; usage des plantes chicoracées, comme douées de faculté résolutive apéritive. On favorise la transpiration par la salsepareille, le sassafras et la douce-amère. Le lait et le petit-lait furent proscrits, quoique conseillés par Bordeu.

On logea les malades dans un appartement élevé, exposé au midi et au levant, à l'abri de l'air humide, froid, et de toute intempérie. On leur donna des vêtemens chauds, mais légers. Leur coucher fut plutôt dur que mou, et on mit le plus grand soin à faire régner autour d'eux une extrême propreté. Ils se promenaient aussi souvent que possible en plein air, et se livraient à divers jeux faits pour stimuler leur amour-propre, et par là réveiller en eux l'énergie morale.

La coopération des moyens pharmaceutiques à ceux de l'hygiène est d'un effet plus faible et moins certain. A la vérité, l'iode passe, depuis quelques années, pour le remède spécial des scrofules; toutefois le docteur le plus érudit, s'il ne possédait que la science des livres, se trouverait ici fort embarrassé sur la valeur de ce médicament. Rapportez-vous-en aux observations de Gémelle, de Klaproth, de Sablairoles, Baun, Baron, Benaben, Deleiser, Berton, Manson, Graeff, Magendie, Lugol, Brera, Sacco, Marcolini, etc., etc.; et vous ne penserez plus à un autre anti-scrofuleux. Mais il y a tant de médicamens qui, malgré les beaux résultats qu'on leur attribuait et les mérites importans dont ils s'appuyaient, sont tombés en discrédit, qu'il est permis de regarder au moins comme exagérées les vertus accordées à l'iode. Consultez Gairdner, Pasquier, Sanson, Hufeland, Blaud, Joël, Lacher-Balher, Miquel, Brody, Uccelli, etc., et vous apprendrez que les praticiens n'ont retiré aucun avantage de l'iode, et se sont vus obligés d'y renoncer à cause de ses mauvais effets.

Le docteur Speranza était en position de juger les allégations contradictoires, ayant employé lui-même l'iode sur plusieurs scrofuleux, il déclare s'en être trouvé plutôt mal que bien. Il doute si le faible avantage qu'il en a obtenu sur quelques individus, se doit à l'iode ou aux autres médicamens qui lui avaient été associés. Chez d'autres scrofuleux, aucune amélioration n'a été apercevable, bien que l'administration de l'iode ait été variée. L'action de l'iode sur le système glanduleux n'est pas contestée par notre auteur; selon lui, il reste à savoir la calculer, et jusqu'à présent, personne n'y est parvenu. On reproche à ce remède de causer l'émaciation, la phthisie, la faiblesse radicale, et chez les femmes, la disparition des seins. Zing, en insistant sur son usage, a fini par enflammer le foie, la membrane muqueuse de l'estomac, des intestins et le poumon. Orfila en porte à peu près les mêmes plaintes.

Quoi qu'il en soit, le docteur Speranza, n'a pas voulu employer l'iode dans la circonstance actuelle, et a fait usage du charbon animal pulvérisé; il l'a fait prendre à la dose de deux ou trois grains par jour, matin et soir, et a pansé les tumeurs du cou avec une pommade composée de ce charbon. Le traitement a été continué à l'intérieur et à l'extérieur pendant quelques mois; au bout de ce temps, le médecin de Parme a eu la satisfaction de voir les tumeurs du cou s'effacer, la toux diminuer, la respiration devenir plus facile, le ventre plus souple et plus libre; la digestion plus active; le teint a pris de la fermeté, les chairs ont acquis plus de consistance, les muscles plus de force; bref, le tempérament lymphatique a fait place au tempérament sanguin.

Et, qui nous assurera que cette péripétie ne s'est pas opérée uniquement par l'hygiène? car beaucoup de médecins pensent que l'art est impuissant dans cette maladie, et que la nature mérite tous les honneurs de la cure. Le docteur Speranza répond à cette objection, en distinguant deux états dans les scrofules: 1° la diathèse scrofuleuse, le fond de la maladie; 2° les conséquences des scrofules. Ici, les glandes du cou débordent sous forme de tumeurs irrégulières, dures, circonscrites, indolentes, et d'autres parties extérieures sont visiblement entreprises. Là, le mal a jeté des racines plus avant dans l'organisme, les glandes du mesentère sont engorgées, ainsi que celles des bronches. Elles peuvent, les unes et les autres, passer à la suppuration, à l'ulcération, d'où s'ensuivent la fièvre lente, l'atrophie et la perversion de toute l'économie.

Une condition exigée de l'état du malade pour le succès du charbon animal, c'est que les élémens de la diathèse scrofuleuse soient encore mobiles, et n'aient pas eu le temps de produire l'altération radicale de l'organisme. Alors la nature pourra dans des circonstances favorables, notamment à l'époque de la puberté refaire l'organisme, en sorte que le tempérament sanguin s'établisse et l'emporte sur le tempérament lymphatique. Le médecin fortifie le tempérament qui s'acquiert, en procurant une meilleure hématose sanguine par les préparations de fer, et en aidant à l'assimilation organique par une alimentation plus substantielle.

On voit que le docteur Speranza n'a pas la prétention d'agir aussi puissamment que la nature, de changer le tempérament; il s'attache à enrayer la marche de la diathèse scrofuleuse, et, si la nature a le dessus, à effacer les conséquences de la maladie.

Les partisans de l'iode avoueront (il y en a de bonne foi) qu'ils n'ont jamais guéri la maladie fondamentale, et qu'ils ont seulement fait disparaître des symptômes extérieurs, puisque leurs malades, après le traitement le plus heureux, ont toujours procréé des enfans entachés de quelques traits scrofuleux.

—

SUR LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU FROID DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES DE POITRINE, PAR LE DOCTEUR CAMPAGNANO, MÉDECIN DE L'HOPITAL CENTRAL DE LA

MARINE, *mémoire lu à l'Académie, médico-chirurgicale de Naples.*

Que l'édifice médical est lent à construire, et qu'il a de peine à s'élever au dessus des fondemens posés par le vieillard de Cos! Deux principaux obstacles s'opposent à son avancement : 1° il est difficile de placer des matériaux à l'épreuve des ravages du temps, disons mieux, des caprices de l'opinion ; 2° les matériaux inaltérables sont arrachés par les novateurs et remplacés par toute sorte de matières. Est-il donc étonnant que les médecins qui se succèdent, ne s'entendent pas et même ne s'estiment guère entre eux ? Les uns affirment que si leurs ordonnances ne sont pas ponctuellement exécutées, le malade mourra ; on fait le contraire et le malade guérit, les autres annoncent la convalescence, répondent désormais de la guérison, et la mort leur donne tout à coup un démenti. Il est sûr que l'homme est un être difficile à connaître et à traiter au physique et au moral, en ce que l'organisme individuel est si varié, est susceptible d'impressions si bien différentes à l'occasion de la même chose ! Ce qui plaît à l'un, déplaît souvent à l'autre. Cette odeur vous réjouit ? elle me répugne fort ; tel aliment qui convient à votre estomac, blesserait le mien. C'est bien pis au lit de l'homme malade ; là, le traitement se complique surtout par les avis contradictoires des consultations. *Il faut suivre la pente de la nature médicatrice. Non, non ; prenez le contre-pied. Les contraires guérissent par les contraires.* Le mémoire du docteur Gampagnano va donner beau jeu aux malins, s'ils sont en bonne santé.

Jusqu'à présent il est de croyance universelle que la fluxion de poitrine peut être occasionée par les boissons froides, ou les bains froids, lorsqu'on a grand chaud. On croit également que cette maladie demande à être traitée par les émissions sanguines générales ou capillaires, les infusions tempérantes, le repos, la douce température. Le docteur napolitain fait boire de la limonade glacée à ses pleurétiques, ses péripneumoniques, ses pneumoniques, et les plonge dans un bain froid. Il s'attend bien à trouver des incrédules parmi ses confrères et des indociles parmi ses cliens ; pour se faire croire des uns, obéir des autres et pour fermer la bouche à tout le monde, il se suicide par quatre objections sous le poids desquelles nous le laisserons abîmé avec les réponses de sa façon.

« 1° Le bain froid cause quelquefois le catarrhe pulmonaire ;

« 2° Il refoule le sang de la surface du corps « à l'intérieur de la poitrine et peut aggraver « encore l'inflammation du poumon, exciter « l'hémoptysie par la rupture de quelques « vaisseaux ;

« 3° La pression de l'eau froide sur la poitrine s'oppose à la dilatation du poumon et « augmente la congestion du sang ;

« 4° Les corps froids appliqués brusquement « sur la peau en sueur et les boissons froides « ingérées d'un trait, produisent par la soustraction rapide du calorique, un resserrement spasmodique au poumon, capable « d'empêcher l'expectoration. »

Mais enfin, si le professeur de la doctrine naissante a guéri par sa méthode, à l'exclusion de toute autre ? Eh bien ! ce succès, s'il était rare, prouverait tout au plus, que la nature a eu assez de force encore cette fois, pour guérir malgré l'imprudence du médecin. Or, c'est ce qui est arrivé aux malades qui ont surnagé en petit nombre, car on compte seulement trois heureux par la limonade glacée, et sept par les bains froids, ce qui est un chiffre bien minime pour un médecin qui pratique dans un très grand hôpital. A la vérité, le médecin de l'hôpital de la marine ajoute qu'il a fait en ce genre, depuis dix ans, des *cures innombrables.* Et il ne publie que quelques observations, parce que ses confrères et le public se sont opposés aux épreuves et contre-épreuves qu'il a voulu faire de sa méthode Et pourquoi cette opposition ? — Ah ! pourquoi ?

Rendons pourtant justice à qui elle est due. Le docteur Gampagnano a demandé une commission à l'Académie qui a nommé quatre de ses membres pour assister à ses expériences cliniques dans le grand hôpital de la marine. Pauvres malades ! ! !

V. O. G.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MEDICINISCHE ZEITUNG.

(*Gazette médicale de Berlin.—Septembre* 1834.)

1re et 2me feuille : 1° *Remarques sur l'état actuel de la profession médicale, et sur ses rapports avec le public*, par le docteur Damerow ; 2° *action de l'acétate de morphine, employé d'après la méthode endermique*, par le docteur Richter ; 3° *accouchement par la tête, avec prolapsus du cordon ombilical, terminé par les seules forces de la nature*, par le docteur Gent ; 4° *des positions de l'enfant dans le travail de l'accouchement*, par le docteur Wilde ; 5° *médecine vétérinaire ; incision, à droite et à gauche, de la portion vaginale de l'utérus sur une vache, pour faciliter la sortie d'un fœtus mort à trois mois, en suppléant au défaut de dilatation du col.*

3e et 4e feuille : 1° *De la fréquence de l'hydropisie des ventricules cérébraux chez les enfans*, etc., par le docteur Nasse ; 2° *ossification des cartilages du larynx ; 3° empoisonnement par l'usage de viande grillée après avoir été cuite une première fois, et ensuite rechauffée*, par le docteur Hunkel ; 4° *du fenouil d'eau contre la phthisie pulmonaire*, par le docteur Berkun.

Action de l'acétate de morphine par la méthode endermique.—1re Observation : *Diarrhée chronique.* Un jeune homme de vingt-un ans avait le canal intestinal tellement impressionnable, que le plus léger écart de régime, l'usage

momentané du vin nouveau, par exemple, lui occasionait le dévoiement. En novembre 1832, il fut pris de diarrhée, accompagnée d'une gêne notable de la respiration; soulagé par le traitement qu'il subit à l'hôpital, pendant une partie du mois de décembre, il retomba, en janvier 1833. Aux symptômes précités se joignit une douleur vive à l'épigastre; il n'avait guère que trois ou quatre selles séreuses chaque jour; quand cette évacuation venait à diminuer, la dyspnée et la gastralgie augmentaient. Du reste, langue blanche, appétit nul, point de fièvre, pouls d'une excessive lenteur. Les bains, un régime léger, la poudre de Dower administrée dans des infusions théiformes, avec l'intention de provoquer l'action de la peau, les sangsues et les ventouses scarifiées sur l'épigastre, les émulsions avec l'eau distillée de laurier-cerise, ou l'extrait de noix vomique; les absorbans, le cachou, le columbo, l'acide hydrochlorique, les linimens antispasmodiques, les vésicatoires dans la région épigastrique, etc., restèrent sans effet, ou ne produisirent qu'une amélioration momentanée: le malade avait fini par refuser toute nourriture.

En mars, après l'administration d'un demi-gros d'acide chlorhydrique dans six onces d'une décoction d'althæa, la scène change brusquement; la fièvre est intense, le pouls bat cent fois par minute, la dyspnée est effrayante, les battemens du cœur tumultueux; la tête est pesante, une douleur pongitive se manifeste derrière le sternum. La saignée et l'infusion de digitale répriment ce désordre de la circulation; alors survient le vomissement qui achève de détruire les forces du malade. Le moût de bière, le magistère de bismuth, les antispasmodiques, les narcotiques, la jusquiame, la ciguë, l'opium, la belladone, le calomel, l'assa-fœtida, la pommade d'Autenrieth, les vésicatoires, le moxa dans la région précordiale, et une foule d'autres moyens restent complétement inutiles. Le malade ne peut plus se remuer même dans son lit.

Enfin, deux vésicatoires sont appliqués aux bras, et pansés avec un quart de grain d'acétate de morphine, et quelques grains de sucre de lait. Aussitôt le vomissement s'arrête, comme par enchantement, des alimens liquides sont soufferts par l'estomac, les selles se régularisent, acquièrent plus de consistance. Enfin, au mois de mai la guérison est parfaite.

IIe Observation. — *Empoisonnement par la strychnine.* Chez un homme affecté d'hémiplégie, on applique deux vésicatoires, qui sont ensuite pansés avec un huitième de grain de nitrate de strychnine. La dose en est portée graduellement jusqu'à un grain et demi. Alors des symptômes graves d'empoisonnement ne tardent pas à se manifester; deux grains d'acétate de morphine en poudre sont appliqués sur les vésicatoires, après qu'on a débarrassé leur surface de toute la strychnine encore non absorbée. Aussitôt les phénomènes effrayans de l'intoxication disparaissent, sans qu'il soit besoin de recourir aux autres moyens employés en pareil cas.

Naissance par la tête avec chute du cordon ombilical, etc. Au moment où M. Gent arriva auprès de la femme en travail, il trouva le cordon pendant dans le vagin, et la tête de l'enfant près de s'engager dans le détroit supérieur. Il lui fut interdit, par les préjugés ou par la pusillanimité de la patiente, de recourir à la version, ou à l'application du forceps; et il lui fut impossible de repousser le cordon dans la matrice. Il se borna donc à le retenir dans le vagin, et à le garantir avec le creux de la main du contact de l'air. La dernière période du travail fut rapide, et l'accouchement se termina sans accident. M. Gent pense qu'en pareil cas, ce qu'il y a de mieux à faire, est de prévenir le refroidissement du cordon par le moyen qu'il a employé, et d'appliquer le forceps aussitôt que la tête de l'enfant s'engage dans le détroit supérieur; le moindre retard dans la terminaison de l'accouchement pourrait devenir dangereux.

De la fréquence de l'hydropisie des ventricules cérébraux chez les enfans, et de sa terminaison le plus souvent funeste. L'auteur commence son travail par des détails stastistiques que nous résumerons brièvement.

M. Coindet a établi, qu'à Genève, sur une population de 22,000 âmes, il est mort, en dix ans, de 1806 à 1815, 209 enfans affectés d'hydrocéphale, dont 194 âgés de un an à quatorze inclusivement. Si l'on ajoute à ce dernier nombre celui de 39 enfans morts dans leur première année, on aura pour total 233, à peu près 23 par an.

D'après un relevé fait par le docteur Alison, sur 201 enfans morts à Edimbourg avant l'âge de quinze ans, il s'est trouvé 40 hydrocéphales, 1 sur 5; à Londres on a compté 8 hydrocéphales sur 43 morts, ce qui offre à peu près la même proportion qu'à Edimbourg.

A Vienne, en 1826, sur 56 enfans morts dans le deuxième hôpital des enfans malades, 9 ont succombé à l'hydrocéphale aigu.

Suivant Bouvier, l'hydrocéphale aiguë enlève annuellement, à Paris, 750 enfans; Brachet, de Lyon, croit ce calcul exagéré, mais il n'en affirme pas moins que cette affection fait périr trois fois autant d'enfans que le croup.

Coindet prétend, qu'en France, le nombre des enfans qui succombent à l'hydrocéphale est de 20 à 24,000 chaque année.

En 1833, il est mort, à Berlin, 7,948 personnes, dont 4,009 enfans, et parmi ces derniers, 112 affectés d'hydrocéphale, 86 d'inflammation du cerveau, et 942 de convulsions, etc.

D'après ces données, et d'autres encore qui nous ont paru moins catégoriquement énoncées, l'auteur cherche à établir que l'hydrocéphale n'est pas moins rare dans le nord de l'Allemagne que dans les autres pays. Qu'est-ce, en effet, que les convulsions? Des relevés, publiés récemment, portent d'ailleurs à 36,790, sur 413,894, le nombre des enfans morts d'hydrocéphale dans les états prussiens, y compris Neuchâtel.

Parmi les moyens que M. Nasse propose pour diminuer la fréquence et la gravité de l'hydrocéphale, figurent, 1° la diffusion des connaissances hygiéniques et la propagation de l'ouvrage populaire de Goëlis; 2° Le soin de respecter les éruptions du cuir chevelu, et la proscription des narcotiques, notamment de la belladone dans la coqueluche; 3° l'établissement d'exutoires et surtout de cautères chez les enfans qui appartiennent à des familles où l'hy-

drocéphale est commune; 4° l'obligation imposée aux jeunes médecins de subir des examens spéciaux sur cette maladie, etc., etc.

Ossification des cartilages du larynx. Un homme de trente-huit ans est admis à l'hôpital de la charité de Berlin, et meurt une heure après son entrée. Après avoir long-temps souffert d'une toux opiniâtre, accompagnée d'une expectoration abondante, il avait été apporté à l'hôpital, pâle, glacé, sans pouls, et presque privé de sentiment.

A l'autopsie, tous les organes furent trouvés sains, même le poumon; les bronches étaient remplies de mucosités, et la membrane qui les tapisse était rouge et tuméfiée, mais elle reprenait son aspect naturel à un pouce au dessous du cartilage cricoïde. La couleur de la membrane muqueuse du larynx était normale, à peine rosée, çà et là; mais elle était considérablement gonflée à gauche; la tuméfaction fermait tellement la glotte qu'il n'était pas possible de voir le jour au travers. La tumeur avait le volume d'une noix de galle; elle était formée en grande partie par le cartilage thyroïde développé outre mesure du côté gauche seulement, et dégénéré au point de n'être plus reconnaissable, etc. M. Froriep s'étonne, avec raison, du développement d'une telle altération, sans symptômes qui pussent la faire préjuger; car, suivant lui, la toux n'en était point la conséquence immédiate, et dépendait de l'irritation secondaire des bronches.

Empoisonnement par l'usage de viande sautée au beurre, après avoir été cuite d'abord et ensuite réchauffée. Un manœuvre, employé aux salines, reçoit de son maître un potage de gruau et un morceau de bœuf bouilli, dont il enferme le reste dans un lieu frais, après en avoir mangé avec sa femme et ses deux enfans. Le lendemain, il le fait réchauffer dans le bouillon, il en mange encore, et dépose le peu qui reste (quatre ou cinq onces) dans une assiette de porcelaine, sur un poêle assez fortement chauffé. Le troisième jour, ce bœuf racorni par la chaleur, est sauté au beurre avec du veau frais; il n'a aucun goût ni aucune odeur désagréable; toute la famille y fait honneur: bientôt les deux enfans et la mère sont pris de vomissemens, de douleurs épigastriques, de coliques atroces, de diarrhée séreuse; les traits sont décomposés, la peau froide, le pouls faible et concentré, la partie inférieure de l'épine du dos sensible à la pression. Ces accidens se dissipèrent promptement par l'emploi du carbonate d'ammoniaque, et des applications narcotiques. M. Henkel a soumis une partie de la viande suspecte à l'analyse chimique, sans obtenir aucun indice sur le principe vénéneux qu'elle recelait; quelle analogie existe-t-il entre la viande, ainsi préparée, et les boudins fumés, dans lesquels on a découvert de l'acide prussique?

Du fenouil d'eau dans la phthisie pulmonaire. Le docteur Berkun prétend avoir obtenu d'excellens effets de ce médicament, dans les diverses variétés de phthisie pulmonaire, même lorsque les crachats étaient purulens, et qu'on ne pouvait méconnaître un état inflammatoire des organes de la respiration. Il administre le fenouil d'eau en infusion, à la dose de un gros ou un gros et demi pour cinq onces de colature; il l'associe volontiers avec la digitale. Il élève ensuite la dose graduellement. Quand les forces digestives du malade le permettent, il prescrit le fenouil en poudre à la dose d'un ou deux scrupules, ou d'un gros au plus chaque jour. L'observation unique qu'il rapporte nous paraît peu concluante.

MÉLANGES.

NOUVELLES.

Exclusion d'une école secondaire de médecine, prononcée contre un élève, pour délit d'homœopathie.

M. Juvin, élève à l'école secondaire de médecine, et externe à l'hôpital de Grenoble, ayant suivi la pratique d'un médecin homœopathe, adressa à un journal de cette ville une lettre, dans laquelle il exposait les principes de la doctrine nouvelle, et les succès dont il disait avoir été témoin. Dès que cette lettre eut paru, l'école s'assembla pour en délibérer, et le résultat de la délibération fut d'adresser une plainte circonstanciée au conseil de l'hospice, concluant, ou que M. Juvin fût rayé du tableau des externes, pour avoir préconisé dans des écrits publics la doctrine de l'homœopathie. En conséquence, le conseil de l'hospice de Grenoble présenta cette plainte au préfet, auquel il est réservé de prononcer sur les délits de cette nature; et M. le préfet, faisant droit à la demande de MM. les professeurs, a prononcé que le sieur Juvin serait rayé du tableau des élèves externes de l'école secondaire de médecine de Grenoble.

Régence d'Alger. — De la médecine, comme moyen de civilisation. — Le docteur Pouzin écrit d'Alger quelques résultats heureux de civilisation, obtenus à l'aide de la médecine. Réduit à ses seuls moyens, M. Pouzin a parcouru d'abord, non sans danger, les tribus les plus voisines de nos possessions d'Afrique; puis, soutenu par la confiance qu'inspire notre art, il a pu s'établir dans l'un des principaux marchés des Arabes, où il voit s'accroître de plus en plus le nombre des malades que l'on confie à ses soins.

— MM. Gervais Désormières, Cercueil, Beaumetz, Paguerre, condamnés dernièrement en première instance, pour avoir tenu ou favorisé un cours d'hygiène, sans la permission du ministère, ont appelé de ce jugement par devant la cour royale.

— L'Académie des sciences a procédé, le lundi 2 de ce mois, à l'élection de deux candidats: l'un pour la place de professeur suppléant

de clinique à l'école de pharmacie ; l'autre pour celle de professeur suppléant de pharmacie à la même école. Pour la première place, sont portés par la commission : MM. Gaultier de Claubry et Baudremont. Le nombre des votans est de 51, majorité 26, au premier tour de scrutin ; M. Gaultier de Claubry est déclaré candidat de l'académie, à la majorité de 38 suffrages. Pour la seconde place, MM. Henry et Chevallier sont portés par la section ; le dernier obtient 27 suffrages et est élu.

— M. Dupuytren, le maître de la chirurgie française, est mort, le dimanche 8 février, à trois heures et demie du matin, dans sa cinquante-sixième année, des suites d'une pleurésie. Il n'a pas voulu quitter ses élèves sans leur laisser un témoignage de son affection ; en donnant à l'école, pour la fondation d'une chaire de pathologie, une somme de 200,000 francs. L'autopsie de son corps a été faite devant MM. Broussais, Cruveilhier, Husson et Bouillaud, par MM. les internes de l'Hôtel-Dieu, Rutz et Teissier.

Les obsèques de M. Dupuytren ont eu lieu le mercredi 11 février : le cortége très nombreux était composé de MM. les professeurs et agrégés de l'école ; des députations des académies de médecine et des sciences ; la plupart des notabilités médicales, et parmi les notabilités étrangères, MM. Rotschild, Lemercier de l'Institut, quelques officiers-généraux, des députés et pairs de France. Au sortir de St-Eustache, où a eu lieu le service, MM. les élèves en médecine ont traîné le char funèbre jusqu'au cimetière du Père-Lachaise ; divers discours ont été prononcés sur sa tombe, par MM. Orfila et Bouillaud, au nom de l'école ; par M. Parisot, au nom de l'académie de médecine, et M. Larrey, au nom de l'académie des sciences ; M. Royer-Collard, au nom des anciens élèves, et M. Teissier, au nom des élèves actuels de l'Hôtel-Dieu. Dupuytren repose non loin de la tombe de Foy, un peu sur la gauche.

— M. le professeur Fodéré, auteur d'un traité d'hygiène et de médecine légale, et de plusieurs autres travaux estimés, vient de mourir à Strasbourg.

— On nous assure que les mutations amenées par suite de la mort de M. Dupuytren, se feront dans l'ordre suivant :

M. Roux quitterait l'hôpital de la Charité et passerait à l'Hôtel-Dieu ; M. S. Cloquet quitterait l'hospice de perfectionnement.

— M. Gerdy demande à changer sa chaire de pathologie externe pour une chaire de clinique, et serait probablement dans ce cas placé à l'hospice de perfectionnement, à moins que M. Velpeau ne préfère quitter la Pitié. Ainsi, la chaire qui devrait être mise au concours serait une chaire de pathologie et non point une chaire de clinique, comme cela devrait être en toute justice.

— *Concours pour l'agrégation. — Section de médecine.* — Les concurrens inscrits sont au nombre de 33 pour cinq places. Voici leurs noms par ordre d'inscription :

MM. Nonat, Auber, Guibert, Lepelletier (du Mans), Montault, A. Lembert, Donné, Gouraud, Pidoux, Sestier, Marmorat, Barthélemy, Cazenave, Sédillot, Cuvier, Daniel, Campaignac, Legroux, J.-B. Lembert, Duplay, Combette, Bell, Pelletan, de Kenkelin, de La Berge, Gaudet, Pigeaux, Richelot, Bazin, Noël Rufz, Sabatier, Petigny (de Rivery), Bailly (de Lyon).

La liste a été close le 15 février, et le concours commencera le 15 avril prochain.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 décembre

Rayons calorifiques. — Lettre de M. Melloni :

On sait que, dans le spectre solaire, les rayons lumineux de diverses couleurs n'ont point une température uniforme. Quelques physiciens avaient trouvé le maximum de chaleur dans le jaune : d'autres dans le rouge ; plusieurs dans l'espace obscur tout près de la limite du rouge. De si grandes différences dans les résultats obtenus par d'habiles expérimentateurs, s'expliquent par le déplacement du maximum de chaleur, selon la matière employée dans la construction des prismes ; mais la nature de la substance dont se compose le prisme n'est pas la seule cause qui influe sur la température des diverses parties du spectre ; c'est ce qui résulte des nouvelles expériences de M. Melloni. La distribution des températures dans le spectre solaire dépend, non seulement de la matière du prisme, mais de son épaisseur moyenne.

Pour se rendre compte de ce dernier fait ; M. Melloni admet que les moyens calorifiques solaires éprouvent dans l'intérieur des substances diaphanes une absorption variable, dépendant de l'ordre de réfrangibilité ; alors il est clair que leurs rapports naturels d'intensité seront altérés plus ou moins fortement, selon la quantité de matière qu'ils auront traversée ; en sorte que le maximum de chaleur devra naturellement changer de place avec la grosseur du prisme.

— M. Peltier adresse, dans une lettre, quelques observations sur les contractions secondaires exécutées sur les animaux, au moment où l'on rompt le circuit voltaïque, par M. Peltier.

— M. Geoffroy lit un Mémoire, intitulé : *Considérations tératologiques sur les appareils sexuels de la taupe.*

Le premier fait est relatif à l'occlusion de l'orifice externe du canal vaginal chez la femelle, même adulte. Pour remédier à cette disposition, qui semble menacer d'extinction la race de la taupe, l'organe mâle a été pourvu à son extrémité d'une pointe dure, qui, au moment opportun, opère la perforation nécessaire. Cette partie dure n'est, suivant M. Geoffroy, que l'osselet logé habituellement sur les corps caverneux, et qui s'est porté en avant pour remplir une destination spéciale.

Le second fait est relatif à la distribution du

système artériel dans le tronc et aux modifications qui en résultent pour les divers organes. Le développement des parties antérieures nuit à celui des postérieures; les eaux du bassin ont perdu de leur dimension en largeur, mais ils ont gagné en longueur : au lieu de présenter un canal complet, ils ne forment plus qu'un demi-canal, suffisant d'ailleurs pour fournir des points d'attache au vagin ; mais ne pouvant apporter d'obstacle à sa dilatation, lorsque vient le moment pour la sortie du produit de la conception. La conséquence de cette disposition est que la taupe n'est pas réduite, par l'étroitesse de son bassin, à une sorte d'avortement, comme cela se voit chez les marsupiaux, et qu'au contraire ses petits, au moment de la naissance, sont, toutes proportions gardées, plus volumineux que chez les autres mammifères.

Séance du 22 décembre.

M. Gendrin fait connaître à l'académie que l'efficacité de l'acide sulfurique, dans le traitement de la colique de plomb, continue à être rendue manifeste, par les observations faites à Paris et dans les départemens. Du reste, M. Gendrin a reconnu que l'action de ce remède est toujours beaucoup plus lente, quand les accidens ont été produits par le deutoxide de plomb (minium).

La limonade sulfurique, comme moyen prophylactique, a constamment réussi dans les fabriques de carbonate de plomb. Dans celles de minium, elle a été impuissante ; mais M. Gendrin annonce que l'acide hydrochlorique étendu guérit les accidens produits par le deutoxide de plomb, avec la même célérité que l'acide sulfurique étendu guérit ceux produits par les sels et le protoxide de ce métal. Il espère pouvoir l'employer également comme moyen prophylactique.

— M. Payen adresse l'extrait d'un nouveau travail sur l'amidon.

— M. Civiale adresse à l'académie une lettre sur le traitement des fongus de la vessie, par la ligature, l'écrasement et l'arrachement.

L'emploi des instrumens de la lithotritie a fourni à M. Civiale un moyen assuré de reconnaître ces fongus sur le vivant, d'en déterminer la consistance, d'en apprécier le volume, et de juger si elles sont ou non pédiculées. Après quelques essais, il ne tarda pas à abandonner la ligature comme moyen de traitement. L'arrachement fut pratiqué trois fois avec un plein succès, au moyen d'instrumens analogues à ceux dont il se sert pour le broiement de la pierre, mais montés d'une autre manière.

Enfin, le troisième moyen employé par M. Civiale, contre les tumeurs fongueuses du col de la vessie, est l'écrasement. Après avoir saisi et isolé la tumeur, par un procédé analogue à celui dont il se sert dans le cas de calcul peu volumineux, il ferme l'instrument avec force, de manière à écraser subitement le fongus, à le frapper de mort, à le réduire, pour ainsi dire, en pâte. On ouvre l'instrument, avant de le retirer ; la tumeur broyée s'échappe avec l'urine. Le procédé de l'écrasement offre quelques difficultés, mais l'application en est peu douloureuse.

— M. Prévost adresse une note sur les mœurs du coucou d'Europe :

1° La femelle du coucou est essentiellement polygame;

2° L'action du mâle ne féconde qu'un ou deux ovules seulement ;

3° Chaque accouplement est suivi d'une ponte ;

4° Le nombre de ces accouplemens successifs ne permet conséquemment pas à la femelle de couver ses œufs et de soigner ses petits, et c'est pour qu'elle puisse satisfaire à son instinct de changement qu'elle a reçu cet autre instinct qui lui fait confier sa progéniture à des soins étrangers.

— M. Arnal présente un travail sur la panification du riz.

— M. Fabre-Palaprat lit une observation de paralysie de la langue, traitée et guérie par le galvanisme.

Séance du 3 janvier 1835.

M. Tanchou adresse à l'académie un nouveau porte-caustique, destiné à la cautérisation de l'urètre. Cet instrument se compose d'un porte-caustique ordinaire ; mais celui-ci est monté sur une tige en spirale métallique, qui lui permet de tourner en tous les sens sans violenter le canal ; de plus, ce porte-caustique est dirigé par un stylet boutonné qui le précède dans sa marche ; de cette manière on est sûr : 1° de ne pas faire fausse route, comme cela arrive fréquemment avec l'instrument de Ducamp ; 2° du déposer précisément le nitrate sur le point que l'on veut cautériser.

Commissaires : MM. Larrey et Roux.

— M. Geoffroy offre à l'académie un ouvrage, intitulé : *Études du naturaliste pendant les années* 1834 *et* 1835.

— M. Thénard fait un rapport sur un Mémoire de M. Frémi, relatif à un nouvel acide retiré de la saponine.

— M. Dumas fait un rapport sur un mémoire de M. Payen, relatif aux racines des plantes.

— M. Biot lit une note sur la constitution moléculaire de la fécule, au moment de la liquéfaction.

Séance du 12 janvier.

Observations sur les polypes. — M. Milne Edwards annonce à l'académie quelques uns des résultats de son voyage à la côte de Barbarie. Il s'est assuré que les polypes qui vivent agrégés en une seule masse, ont, en général, entre eux, des connexions organiques bien plus intimes qu'on ne le pense communément. Loin d'être autant d'individus simplement accollés, ces petits êtres ne jouissent pas, dans la plupart des cas, d'une individualité complète ; ce sont des espèces de bourgeons qui, tout étant susceptibles de vivre isolément, n'ont cependant en propre qu'une portion de leurs organes et qui poussent sur certaines parties du tronc et

des rameaux du polypier, auquel ils appartiennent, sans devenir complétement distincts de leurs parens. M. Milne Edwards a déterminé les voies par lesquelles les matières nutritives, prises par un de ces polypes, peuvent en général profiter au groupe entier, et il a constaté quelles sont les parties de leur corps douées de la faculté de végéter, circonstance d'où dépend la disposition générale du polypier. Enfin, il a étudié le mode de formation des ovules, à l'aide desquels ces animaux se reproduisent également et propagent au loin leur race.

— M. Biot lit une note sur la structure interne des globules de la fécule.

— La séance est terminée par la description d'un appareil, propre à répéter toutes les expériences relatives au calorique rayonnant, contenant l'exposé de quelques faits nouveaux sur les sources calorifiques et les rayons qui en émanent, par M. Melloni.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre.

La fille de Jean Perchet, ancien chirurgien de Charles IV, roi d'Espagne, envoie à l'académie le portrait de son père. Lors de l'invasion de la peste de Marseille, Perchet reçut mission du gouvernement d'aller observer le fléau. Il eut la hardiesse de s'inoculer le virus pestilentiel. A l'hôpital de la Charité il entrevit le premier le procédé opératoire de Cheselden pour la lithotomie.

Pâte de chlorure de zinc. — M. Velpeau a essayé la pâte caustique de M. *Cancoin*, dont il a été parlé dans le compte-rendu de la séance précédente. Dans ces essais, le chlorure de zinc a été combiné avec la pâte, suivant deux proportions : la première est composée de hydrochlorate de zinc, 150 parties, farine 50 parties ; la seconde, de chlorure de zinc 100 parties ; farine 50 parties ; on ajoute à chacune la quantité d'eau rigoureusement nécessaire pour faire une pâte molle et facile à se mouler exactement. Dans ces deux proportions, la pâte caustique a produit des escharres; une condition indispensable, c'est que le derme soit préalablement dénudé, ou qu'on agisse sur une membrane muqueuse.

— M. Amussat présente une pièce pathologique, relative à une maladie remarquable du tissu osseux.

Séance du 7 décembre.

M. Rochoux dit, qu'ayant examiné la pièce pathologique présentée par M. Amussat dans la séance précédente, il la regarde comme une hypertrophie des cellules du diploë, devenues molles et charnues, puis remplies par du pus concret ; c'est aussi l'avis de M. Amussat ; tandis que M. Cruveilher croit y avoir découvert le caractère cérébriforme.

Du tritoxide de fer hydraté comme contre-poison de l'acide arsénieux. — M. Soubeiran fait part de recherches auxquelles il s'est livré sur ce point avec M. Miquel. On administra en premier lieu l'acide arsénieux à des chiens, sans leur lier l'œsophage : tous se rétablirent soit qu'on leur eût donné ou non le contre-poison, mais après avoir beaucoup vomi et éprouvé d'abondantes déjections sanguinolentes. Dans d'autres expériences, où l'œsophage d'un chien fut lié après l'injection d'alimens, et sans avoir administré l'arsenic, l'animal mourut des suites de l'opération après soixante-dix-huit heures.

La même expérience répétée avec la circonstance de l'injection du poison, sans l'injection de l'antidote, fut suivie de la mort au bout de deux heures. Une autre série d'expériences fut instituée. Le poison fut administré à plusieurs chiens, et aussitôt on leur fit avaler le tritoxide de fer hydraté récemment préparé, délayé dans de l'eau, et à une dose douze fois aussi forte que celle de l'arsenic. L'œsophage lié, on abandonna ces animaux à eux-mêmes. — Le résultat fut semblable à celui qui avait suivi la ligature de l'œsophage sans ingestion du poison. Un des chiens débarrassé de cette ligature, vécut même encore plusieurs jours. Comme contre-épreuve, le peroxide de fer ne fut administré que deux heures et demie après le poison ; la mort fut alors rapide. Il est permis de conclure d'une autre série d'expériences, qu'on peut encore espérer de bons effets du peroxide de fer un assez long temps après l'ingestion de l'acide arsénieux. Si ce poison est mêlé à des substances grasses, celles-ci le défendent contre l'action du peroxide de fer, et l'empoisonnement peut avoir lieu. Il est nécessaire, à la réussite de ce contre-poison, qu'il n'ait pas été desséché. Les pharmaciens doivent en avoir de tout préparé dans leurs officines.

— M. Roux termine la relation de son voyage en Italie.

Anatomie. — Parmi les choses curieuses que M. Roux a pu observer dans les musées d'Italie, il cite une injection admirable des lymphatiques des organes de la génération, due à Panizza; une autre pièce montrant la connexion des filets nerveux du système ganglionnaire avec les nerfs de la moelle vertébrale. On a nié dans ces derniers temps la vascularité des membranes séreuses ; M. Roux a vu plusieurs préparations qui ne laissent aucun doute sur la vérité de l'opinion contraire.

Anatomie pathologique. — La collection la plus intéressante que M. Roux ait visitée est celle de Florence, confiée aux soins de M. Zanetti. Il y a observé entre autres : un crâne traversé par une lame de poignard enfoncée d'un pouce au delà de la table interne de l'os : le malade a vécu long-temps avec ce fer enclavé dans le crâne ; deux pièces qui font voir incontestablement l'enfoncement sans fracture des os du crâne ; la matrice d'une femme ayant subi deux fois l'opération césarienne : elle a succombé à la seconde ; la tête d'un enfant hydrocéphale, qui renfermait trente-deux livres de sérosité ; un radius, dont toute la diaphyse est occupée par un fongus hématode, pris pour un anévrisme pendant la vie. Il n'y a pas encore bien long-temps qu'on niait l'existence de ces tumeurs dans le tissu osseux.

Accouchemens. — Dans toutes les facultés d'Italie, il y a des cliniques d'accouchement. A Milan, M. Roux a vu deux placentas continus l'un à l'autre. Ce fait avait été révoqué en doute. Dans les cas de ce genre, il faudrait lier le cordon du côté de la mère, dans la crainte d'une hémorrhagie. De la comparaison d'un grand nombre de bassins déformés et examinés par M. Roux, il découlerait cette conséquence, que, dans les bassins qui présentent une inclinaison oblique d'un côté avec grande étroitesse de ce même côté, il y a soudure complète de la symphyse sacro-iliaque correspondante, d'où il résulte que la symphyséotomie pratiquée chez des femmes affectées de pareils vices de conformation, le bassin ne pourrait être écarté du côté de cette déformation.

Chirurgie. — M. Roux a vu à Florence un sujet qui lui a été montré par M. Andrini, et chez lequel ce chirurgien a guéri un anévrisme de l'artère crurale par la méthode de Valsalva, l'opération ayant été contre-indiquée par la faiblesse du sujet. A Venise, il a vu un couvreur tombé d'un échaufaudage très élevé. Dans la chute, cet homme s'empala la nuque par la rencontre qu'il fit d'une pièce de bois de deux pouces carrés d'épaisseur. Il n'y eut ni fracture ni commotion du cerveau ou de la moelle. Ce malheureux fut transporté à l'hôpital portant le pieu comme un joug. La guérison a eu lieu sans accidens. A Milan, on a présenté à M. Roux un homme guéri d'une varice anévrismale par la ligature de l'artère. Ce fait prouve que, malgré la théorie qui semble dire que c'est sur la tumeur elle-même qu'il faut découvrir et lier le vaisseau, la ligature de l'artère au dessus peut réussir. M. Roux a réduit sur un jeune homme une luxation scapulo-humérale datant de cinq mois.

M. Breschet dit que M. Roux n'a pas assez loué Panizza, lequel a montré que Mascagni s'était souvent trompé, en prétendant que tous nos tissus n'étaient composés que de lymphatiques. Ce même anatomiste, en étudiant le système lymphatique chez les reptiles, a signalé beaucoup d'erreurs de la part de Lippi.

Séance du 16 décembre.

M. le président annonce la mort de M. Lallement, ancien professeur de la Faculté, éliminé en 1822, réhabilité en 1830, mais qui n'avait pas repris de fonctions. Il était âgé de 78 ans.

Luxation congéniale des fémurs. — M. Breschet fait voir le bassin d'une fille de 11 ans, affectée de la maladie appelée, suivant lui, à tort, du nom de luxation congéniale du fémur, et qui résulte bien plutôt d'un arrêt de développement de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde. Le bassin, vu de face, est carré; les fesses font une énorme saillie, due aux têtes des fémurs, placées à deux travers de doigt des bords du sacrum et de la crête iliaque, recouvertes par les muscles grands et moyens fessiers, et reposant sur le petit fessier. Les muscles qui vont s'insérer à la cavité du grand trochanter sont très allongés dans leur partie tendineuse pour aller gagner leur lieu d'insertion. Le psoas et l'iliaque réunis remontent pour trouver le petit trochanter, auquel ils s'attachent. Le grand nerf sciatique conserve ses rapports; le paquet nerveux et vasculaire de la partie antérieure et interne de la cuisse s'enfonce profondément, et forme au pli de l'aine une inflexion à concavité antérieure. La tête du fémur a pour principal soutien le ligament capsulaire très épais, très renforcé. Le ligament interarticulaire forme un rideau long et aplati. La cavité cotyloïde droite n'existe pas, ou plutôt elle est remplacée par une surface articulaire presque pleine; à gauche, elle est un peu plus profonde, mais moins que dans l'état naturel. On voit que, bien que la tête de l'os puisse être ramenée à son niveau, elle ne saurait pourtant rentrer dans la cavité articulaire, ce qui constitue la réduction; que cette tête prend son point d'appui, non sur la fosse iliaque externe, mais sur le ligament orbiculaire considérablement épaissi; et enfin, que les muscles psoas, iliaque, pyramidal, obturateurs interne, externe, carré et jumeaux concourent pour empêcher la tête du fémur de se rapprocher de la crête iliaque.

Section du muscle sterno-mastoïdien. — Dans un torticolis qui avait résisté à tous les agens ordinaires, M. Amussat vient de pratiquer cette section à deux pouces de la clavicule. Le but désiré a été obtenu.

Séance du 23 décembre.

Gangrène spontanée de la jambe : amputation. — M. Amussat communique l'observation suivante : Une femme de quarante ans éprouva subitement dans la jambe gauche, depuis l'extrémité du pied jusqu'au genou, un froid intense, avec crampes très douloureuses; elle tomba privée de connaissance; la peau se cyanose, le cœur bat irrégulièrement et avec tumulte; de l'orthopnée survient, le pouls ne se sent pas aux radiales, la peau est complétement insensible; la jambe gauche est d'un blanc de cire, froide; les orteils se roidissent comme convulsivement; le moindre mouvement détermine dans le jarret d'insupportables douleurs. Depuis dix ans cette femme portait une maladie du cœur; bientôt la jambe affectée devient brûlante, d'un rouge violet et livide; elle se tuméfie et se couvre de phlyctènes. Deux jours se passent ainsi, après lesquels la fièvre s'allume, la face s'injecte, les idées sont confuses; la jambe est noire jusqu'à son milieu, d'un rouge livide plus haut et jusqu'au genou; on y voit de larges phlyctènes et une traînée inflammatoire à la partie postérieure et externe de la cuisse, jusqu'à cinq ou six pouces au dessus du jarret. Avant la délimitation de la gangrène, M. Amussat a pratiqué l'amputation à la partie inférieure de la cuisse; il a tordu quatre artères et réuni par première intention. Tout semble marcher avec bonheur. L'artère poplitée offrait un caillot adhérent à la membrane interne, rouge, consistant et se prolongeant dans la tibiale antérieure. Un caillot semblable, quoique moins considérable et moins adhérent, a été trouvé dans le point de la veine correspondant à celui de l'artère qui était le siége du caillot décrit. Les parois de cette veine étaient considérablement épaissies, le nerf sciatique gonflé et noirâtre.

Séance du 30 décembre.

M. Cullerier lit un rapport sur un Mémoire de M. Devergie, qui est un résumé de l'ouvrage de ce médecin, intitulé : *Clinique des maladies syphilitiques.* Il n'existe pas de virus vénérien : le mercure n'est pas indispensable dans le traitement de la vérole, etc. Telles sont les idées dominantes de cet écrit.

Séance du 6 janvier 1835.

M. Robert, de Marseille, envoie à l'académie quelques renseignemens sur l'invasion du choléra dans cette ville. Tous les cas sont isolés et disséminés également sur toute la population. La classe aisée paraît fournir plus de victimes.

—M. Bouniceau adresse un ouvrage qui a pour titre : *Découverte du vrai siége de la migraine et des moyens de la guérir sans remèdes en dix, vingt ou trente secondes.* Suivant ce médecin, la migraine siégerait dans les nerfs répandus dans les tégumens crâniens. Le procédé curatif consiste à comprimer avec le pouce un point du trajet du rameau frontal au commencement de l'arcade sourcilière. Si la douleur est très violente vers la région occipitale, il faut comprimer derrière le cou, entre l'atlas et l'axis.

Séance du 13 janvier.

Luxation de l'épaule. — M. Malgaigne lit un Mémoire sur ce sujet. Après s'être éclairé au moyen de toutes les investigations les plus sévères, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : il existe cinq luxations de l'humérus ; la plus commune est celle dans laquelle la tête de l'os vient se placer sous l'apophyse coracoïde ; au lieu de l'appeler *luxation en bas*, il la nomme *sous-coracoïdienne.* D'après deux faits à lui propres et un troisième emprunté à Withe, M. Malgaigne décrit la luxation en dedans : la tête de l'os repose sur la fosse sous-scapulaire ; la capsule articulaire est presque entièrement déchirée ; il la nomme *luxation sous-scapulaire.* Les auteurs n'offrent vraiment à lire que trois cas de luxation qui mérite d'être justement appelée *en bas.* M. Malgaigne admet une *luxation sous-coracoïdienne incomplète*, dans laquelle seule la capsule peut demeurer intacte ; enfin, une luxation en arrière ou sous-acromiale. L'auteur n'admet pas les luxations par l'action musculaire.

Séance du 20 janvier.

M. Esquirol présente le modèle en cire de l'hydrocéphale de Florence, dont a parlé M. Roux dans la relation de son voyage en Italie.

Séance du 27 janvier.

M. Robert, de Marseille, donne de nouvelles informations sur le choléra qui règne dans cette ville. La maladie s'avance lentement ; elle semble même se suspendre. Le 20 janvier, la garnison et les prisons n'avaient pas encore reçu d'atteintes.

— M. Chervin s'étend sur un Mémoire qui est relatif à trois cas d'éléphantiasis du scrotum qui ont été opérés par deux chirurgiens de l'Orient. Sur les trois cas, un malade a succombé. Les auteurs conseillent l'opération.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Pl. XIX. — Région poplitée profonde et supérieure.

(*Côté droit, grandeur naturelle.*)

A, B, C, le dedans, le dehors et la partie postérieure de la cuisse ; D, E, F, le dedans, le dehors et la partie postérieure du mollet ; G, la saillie du condyle interne du fémur ; H, le niveau du condyle externe ; I, le creux du jarret entre les condyles.

a, a, a, a, a, a, coupe de la peau derrière la cuisse et le jarret ; *b, b, b, b, b, b*, aponévrose postérieure de la cuisse fendue et relevée ; *c, c, c, c*, couche graisseuse d'entre la peau et l'aponévrose.

1, 1, 1, la portion du biceps qui s'insère au péroné ; 2, 2, 2, 2, le m. demi-tendineux ; 3, 3, 3, 3, m. demi-membraneux ; 4, 4, 4, m. droit interne ; 5, 5, 5, la portion du biceps qui, chez les sujets peu vigoureux, s'insère aux environs de la branche inférieure-externe de la ligne âpre ; 6, 6, g. adducteur ; 7, 7, la face postérieure du fémur.

8, 8, les deux cordons du nerf grand sciatique ; 9, 9, les nerfs poplités interne et externe.

10, 10, veine poplitée ; 11, 11, quelques unes de ses racines ; 12, 12, artère poplitée.

Dr. *Jacques* Lebaudy.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° VIII. — AVRIL 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

1. DE LA DÉTERMINATION DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES, DE LEUR ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE LEUR TRAITEMENT: par le docteur SÉDILLOT, *chirurgien démonstrateur au Val-de-Grâce.*

Deux os s'articulent ensemble à l'épaule; leurs formes sont simples, leurs rapports et leurs moyens d'union parfaitement connus; les puissances musculaires qui les meuvent et les entourent ont été exactement étudiées; que l'un de ces os se déplace par suite d'une violence extérieure, il se portera dans un sens spécial, et à une certaine distance, résultat inévitable de la direction et de l'intensité de la force vulnérante; là sera une lésion presque mécanique, dont l'appréciation semble ne pas offrir de difficultés, car on peut constater sur le vivant d'une manière assez rigoureuse, la situation de l'humérus luxé; s'éclairer d'expériences sur le cadavre; enfin, profiter des cas où la dissection est possible pour s'assurer du véritable état des parties; bien plus, ces luxations sont très fréquentes, et elles ont excité l'attention des chirurgiens de tous les siècles; il pourrait donc sembler superflu, au premier abord, de rechercher combien il y a de luxations de l'épaule, quel en est le siége, quels désordres elles produisent, et quelles indications thérapeutiques en résultent. Mais on a longuement écrit, on a longuement disserté, et l'on a négligé de voir; aussi l'histoire des luxations scapulo-humérales manque-t-elle de précision et d'exactitude: ici on admet des déplacemens qui n'existent pas; là on confond, sous une même dénomination, plusieurs variétés distinctes; on ignore leur anatomie pathologique, et le traitement, reposant sur des principes mal établis ou peu fondés, entraîne souvent de fâcheuses conséquences. Le seul moyen d'arriver à des données positives, est de s'appuyer sur des observations et des dissections présentées dans tous leurs détails, et de ne reconnaître d'autre autorité que celle des faits. Cette méthode lente, mais sûre, sera la nôtre.

Je crois pouvoir avancer que déjà, au temps d'Hippocrate (1), on reconnaissait quatre espèces de luxations de l'épaule, distinguées en *inférieure*, *antérieure*, *supérieure* et *externe*. Hippocrate ne niait pas l'existence des trois dernières, mais il avouait n'avoir observé que la première espèce ou celle en bas.

(1) Voici les quatre espèces dont parle Hippocrate: Καθω, ανω, εξω καὶ εμπροσθεν; on doit en conclure qu'elles étaient déjà admises de son temps (Hip., *de Art.* t. II, p. 756, § 1; Vanderlinden, 1669).

Galien (1) s'empara de cette division, au lieu de la combattre, comme avait fait Hippocrate, et il passe, à tort, pour en être l'auteur.

A. Paré (2) le copia sans changemens.

J.-L. Petit (3) reproduisit à son tour la même classification, mais en intervertissant l'ordre de fréquence des déplacemens, et mettant en première ligne la luxation en dedans, tandis qu'il regardait la luxation en bas comme fort rare; opinion tout à fait opposée aux idées reçues, puisque quelques auteurs, et Duverney (4) en particulier, prétendaient que non seulement la luxation en bas était la plus ordinaire, mais qu'elle était la seule primitive.

Desault (5), dont l'opinion règne encore aujourd'hui, suivit les erremens de ses prédécesseurs; il circonscrivit, comme Galien, la cavité glénoïde par quatre lignes ou bords, l'un supérieur, l'autre inférieur, et deux latéraux, l'un interne, l'autre externe; il admettait le déplacement primitif de l'humérus dans la direction de trois de ces bords; c'est-à-dire, en bas, en dedans et en dehors, et un autre déplacement consécutif en haut.

Boyer (6) le prit pour modèle, et M. Sanson (7), dernier auteur qui ait traité complétement des luxations, ne s'est écarté en rien de ces distinctions.

Comme le traitement n'a pas beaucoup plus varié que les divisions, on voit que nous sommes restés à peu près au même point que du temps d'Hippocrate. Doit-on en conclure que cette branche de la science est arrivée à son dernier terme de perfection? Nullement; car, malgré un plus grand nombre de faits connus, nous ne nous entendons pas mieux sur le siége véritable de ces luxations, point essentiel et fondamental de leur étude. Pourquoi ces dissidences, dont tous les auteurs conviennent (8)?

(1) Œuvres de Galien, *Commentaire* de articulis.

(2) Œuvres complètes.

(3) *Maladies des os*, t. I, p. 124, édit. 1789.

(4) Duverney, *Traitement des maladies des os*, t. II, p. 133, édit. 1751.

(5) Desault, *Journal et Œuvres chirurg.*

(6) Boyer, *Mal. chir.*, t. IV, p. 174.

(7) Sanson, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. IX, p. 232.

(8) Rien n'est plus vague que ce qui a été dit, par presque tous les auteurs, sur les différentes espèces de luxations dont l'humérus est susceptible. Non seulement l'inexactitude, l'ambiguïté et la diversité de leur langage rendent leurs descriptions presque inintelligibles, mais encore, il est évident que la plupart d'entre eux n'ont pas pris la nature pour modèle, etc. Boyer, *loco citato*.

Elles dépendent du vague des expressions dont on s'est servi; les mots *antérieure*, *inférieure*, *en haut*, etc., etc., étant aussi mal compris que mal expliqués, et de plus, insuffisans. On eût coupé court à ces ambiguités en distinguant les luxations entre elles, par les différences de leurs rapports anatomiques, mais il fallait pour cela les ressources de l'anatomie pathologique, qui va nous servir à éviter les erreurs de nos devanciers, et nous ouvrira la route du progrès.

Nous avons vu qu'on a admis de tout temps, et qu'on admet encore aujourd'hui, quatre espèces de luxations, distinguées par le sens dans lequel on les suppose s'opérer, en supérieures, inférieures, antérieures et postérieures. Cette division est-elle exacte, et doit-elle être conservée? Je ne le pense pas. La cavité glénoïde n'a pas la forme d'un quadrilatère, et les quatre bords qu'on lui donne sont aussi arbitraires que les quatre luxations que l'on décrit.

Celle en haut est unanimement regardée comme impossible, et cependant l'on a ainsi nommé une espèce de déplacement secondaire ou consécutif, dont on n'a pas nettement déterminé le siége, ce qui jette la plus grande obscurité, et dans les termes, et dans les faits. Par luxation en bas, on a presque toujours entendu la sortie de la tête de l'humérus par le bord inférieur de la cavité glénoïde et son déplacement au devant de la côte de l'omoplate: or, cette espèce de luxation est imaginaire, comme nous le démontrerons; et plusieurs auteurs, tels que Boyer, S.-A. Cooper, etc., s'en étaient aperçus, puisqu'ils ont évité d'en parler; mais ils ont employé le même nom de luxation en bas pour indiquer une autre espèce de déplacement de l'humérus, en avant et en dedans de la longue portion du triceps, sur la face antérieure de la côte de l'omoplate; de là une grande confusion dans l'étude des luxations en bas, puisque le même terme représente des déplacemens différens, et qu'on ignore l'opinion de ceux qui l'emploient sans l'expliquer.

Sous le nom de luxation en avant, on a réuni plusieurs variétés distinctes, et on n'a pas su les séparer des luxations en haut, de sorte que le même déplacement est appelé, par les uns, luxation en avant, et par les autres, luxation en haut. Enfin, les luxations en arrière ont été mal étudiées; on les a expliquées par des déformations préexistantes de la cavité glénoïde, et on en a confondu les différences.

Pour mettre à jour ce chaos, il est donc nécessaire de rechercher quelles sont les diverses positions que prend la tête de l'humérus en se déplaçant, et de mieux préciser qu'on ne l'a fait jusqu'ici les variétés de luxations qui en résultent. Quel est le siége du déplacement? quels sont les désordres produits? Telles sont les questions que nous nous sommes proposé de résoudre. Nous fixerons d'abord les points de la cavité glénoïde, d'où s'échappe la tête de l'humérus, et ce seul fait tranchera en partie la question des luxations primitives. Nous examinerons ensuite les diverses positions de la tête de l'humérus luxé, et c'est en faisant l'histoire de chacune de ces variétés de déplacement, que nous en étudierons l'anatomie pathologique, et les principales conséquences qui en résultent pour le traitement.

La cavité glénoïde du scapulum est irrégulièrement ovalaire; elle est un peu plus étroite en haut qu'en bas, et elle a son plus grand diamètre vertical. Son tiers supérieur est embrassé par la clavicule, l'acromion et l'apophyse coracoïde, qui forment une voûte osseuse destinée à prévenir toute espèce de déplacement dans cette direction; mais l'acromion et l'apophyse coracoïde fussent-ils fracturés simultanément, comme j'en possède un exemple, la luxation trouverait encore un obstacle insurmontable dans la présence des muscles sus-épineux, deltoïde, etc., et dans le propre poids de l'humérus: aussi, n'a-t-elle jamais été observée (1).

En bas, la disposition du ligament capsulaire et des muscles qui entourent l'articulation; l'insertion de la longue portion du triceps; la direction oblique de l'humérus au moment où il se luxe, empêchent, comme nous l'avons dit, la luxation directement dans ce sens sur la crête saillante de la côte de l'omoplate.

Il résulte de ces dispositions, que la tête de l'humérus ne pouvant se déplacer ni directement en bas, ni en haut dans le tiers supérieur de la cavité glénoïde, s'échappe forcément, et sans exception, soit en avant, soit en arrière de cette cavité; et qu'obligée, pour obéir à ce mouvement, de glisser au dessous de l'apophyse coracoïde ou de l'acromion, elle est toujours située plus bas que le tiers supérieur de sa cavité au moment où elle se déplace. De là cette proposition capitale: Toute luxation de l'humérus a lieu par un premier mouvement d'abaissement du bras, et ne peut s'opérer que dans deux sens, en avant ou en arrière.

Aussi, n'admettons-nous que ces deux formes principales de luxations du bras, auxquelles nous rattachons un assez grand nombre de variétés.

Première forme. *Luxations en avant* (2).

Sept variétés. Toutes les luxations en avant

(1) Il ne me paraîtrait ni impossible, ni extraordinaire, que dans une chute sur le coude légèrement écarté du corps, ou à la suite d'un choc extrêmement violent, la tête de l'humérus, poussée contre l'apophyse coracoïde, ne la fracturât, et ne la luxât directement en haut, sous la clavicule; mais je ne sache pas qu'on en ait jamais cité aucune observation.

(2) Je dis en avant ou en arrière, pour éviter toute ambiguité, et il est peut-être bon de rappeler qu'un grand nombre d'auteurs se sont servis, dans la même acception, des mots *en dedans* et *en dehors*; ce qui met beaucoup d'obscurité dans le langage, et laisse supposer des différences de faits, là où il n'en existe que dans les termes. La cavité glénoïde regardant en dehors, la tête de l'humérus ne peut réellement l'abandonner qu'en se rapprochant de la ligne médiane, soit que le déplacement ait lieu par le bord antérieur, ou par le bord postérieur de la cavité. Dès lors les luxations seraient toutes internes ou en dedans, que la tête osseuse fût dans la fosse sous-épineuse, ou dans la fosse sous-scapulaire; aussi la division des luxations humérales en externes ou internes est-elle fausse, puisqu'il ne peut y avoir de luxation externe ou en dehors proprement dite. Ceux qui ont adopté cette distinction croyaient peut-être la soutenir, en disant que la luxation s'opérant par le bord interne, ex-

ont constamment lieu, comme nous l'avons fait remarquer, par un premier mouvement d'abaissement de la tête de l'humérus ; aussi, le bras commence-t-il toujours par être plus long, et il conserve cette disposition dans l'immense majorité des cas. Quelquefois, cependant, ce caractère disparaît, parce que l'humérus, après être passé sous l'apophyse coracoïde, peut remonter en dedans de son bord interne, vers la clavicule, ou s'enfoncer entre les côtes. Aussi, l'allongement ou le raccourcissement du membre, bien que fort utiles dans le diagnostic différentiel, seraient insuffisans comme moyen de division des luxations entre elles. La tête de l'humérus, poussée avec plus ou moins de violence, et dans une direction variable, peut encore, ou quitter, en partie seulement, la cavité glénoïde, ou l'abandonner entièrement, et rester alors appuyée contre la face inférieure de l'apophyse coracoïde, ou bien, sur la face antérieure de la côte de l'omoplate, ou enfin se porter dans la fosse sous-scapulaire. De là les sept variétés.

α. Luxation partielle ou incomplète.
β. Luxation sous-coracoïdienne.
γ. Luxation axillaire.
δ. Luxation sous-scapulaire.
ε. Luxation intercostale.
ν. Luxation scapulo-claviculaire.
θ. Luxation costo-claviculaire.

Les luxations β γ δ présentent beaucoup d'analogies, mais elles offrent toutefois des différences capitales. Dans la première β, ou sous-coracoïdienne, la tête de l'humérus est en contact immédiat avec la face inférieure de l'apophyse coracoïde, et appuie contre le bord antérieur de la cavité glénoïde ; dans la seconde γ, ou axillaire, la tête osseuse est encore en rapport avec le col glénoïdien ; mais elle est à une certaine distance de l'apophyse coracoïde, et repose en même temps sur le bord antérieur de la côte du scapulum ; enfin, dans la troisième δ, ou sous-scapulaire, la tête humérale est profondément enfoncée dans la fosse et sous le muscle de ce nom. Heister (1) est le seul auteur qui ait anciennement parlé de cette espèce de déplacement, dont White (2) a aussi rapporté un exemple ; la cinquième variété ε, ou intercostale, est fondée, il est vrai, sur un cas unique, mais digne d'être indiqué ; les deux dernières espèces ν θ, ou sous-claviculaires, se distinguent en ce que la tête humérale reste appuyée sur le scapulum ν scapulo-claviculaire, ou sur les côtes θ costo-claviculaire.

Deuxième forme. — *Luxations en arrière ou postérieures.*

Les luxations en arrière ont toujours lieu dans la fosse sous-épineuse, et leurs seules différences consistent dans l'étendue du déplacement ; nous les distinguons en médiate et immédiate.

A. Luxation immédiate. La portion demi-sphérique ou articulaire de l'extrémité humérale est seule en dehors de la cavité glénoïde. La grosse et la petite tubérosité, sont encore sous l'acromion, et la rainure ou collet de la tête osseuse correspond au bord postérieur de la cavité, sur laquelle l'extrémité humérale semble reposer de champ. Ce n'est pas une luxation incomplète puisque toute la portion articulaire est déplacée ; c'est une luxation que je nommerai immédiate (1).

B. Luxation médiate. L'extrémité supérieure de l'humérus, est placée tout entière dans la fosse sous-épineuse, et ne conserve pas de rapports avec le col glénoïdien.

Étudions successivement chacune de nos deux formes de luxations, et leurs variétés.

Première forme. — *Luxations en avant.*

LUXATIONS, incomplète et sous-coracoïdienne, première et seconde variété (2). Dans la luxation incomplète, la tête de l'humérus s'est légèrement abaissée au dessous de l'apophyse coracoïde, mais elle repose encore sur la partie antérieure de la cavité glénoïde, et n'a aucun rapport avec le col glénoïdien. Dans la luxation sous-coracoïdienne, la tête de l'humérus a complétement quitté la cavité glénoïde, et reste appuyée sur le col du scapulum et immédiatement contre la face inférieure de l'apophyse coracoïde. Cette luxation qui forme une espèce bien distincte, a presque toujours été confondue avec d'autres variétés ; ainsi Sue et Chopart (3) dans des expériences cadavériques, produisirent constamment des déplacemens sous-coracoïdiens qu'ils nommèrent luxations en bas dans l'aisselle ; le docteur Crampton (4), dans un fort bon Mémoire sur la pathologie des déplacemens de l'épaule, appelle la même lésion luxation en avant ; et M. A. Cooper (5) lui donne le nom de luxation partielle ou incomplète ; je cite particulièrement ces auteurs parce qu'ils ont observé la luxation qui nous occupe, et qu'ils en ont rapporté des dissections. D'autres chirurgiens l'ont également indiquée, J.-L. Petit (6), Boyer (7) sont du nombre ; mais ils ne l'ont pas considérée d'une manière

terne de la cavité glénoïde, conserve la dénomination de celui de ces bords, par lequel elle a lieu, mais c'est à tort, car cette cavité n'a pas de bords externe ni interne, mais bien un bord antérieur et un postérieur, et la tête de l'humérus se place en avant ou en arrière de l'omoplate. Ces motifs doivent faire prévaloir les dénominations d'antérieure et de postérieure, en parlant des luxations de l'épaule. On trouvera peut-être cette explication minutieuse, mais quand on pense à la foule d'erreurs, de doutes et d'obscurités qu'entraîne un terme impropre et fautif, on en comprendra l'utilité.

(1) Heister, *Instit. chirurg.*
(2) White, *Opusc.*, 1764.

(1) Monteggia a très bien indiqué cette disposition, qu'il distingue, comme moi, des luxations incomplètes ; mais il ne lui a pas donné de nom (*Instit. chirurg.*, t. III, Milano, 1803.)

(2) Nous avons supposé plutôt qu'admis la luxation incomplète, dont l'existence ne nous paraît pas encore absolument démontrée. Les nombreux rapports qui la lient aux luxations sous-coracoïdiennes nous ont engagé à réunir dans un même chapitre ces deux espèces de déplacemens, qui n'ont encore été indiqués que par un très petit nombre d'auteurs.

(3) *Obs. sur quelques mal. des os*, par Sue ; Paris, 1803.

(4) *On pathology of dislocations ;* Dublin, méd. journ., 1833.

(5) A. Cooper, *On dislocations ;* London, 1830.

(6) J.-L. Petit, *Mal. des os.*

(7) Boyer, *Chirurgie*, t. IV.

spéciale, comme une variété distincte, et dès lors l'histoire qu'ils en ont tracée est incomplète et semée d'erreurs. M. Sanson (1) lui-même, dont l'article sur les luxations est le plus récent, a adopté, la doctrine de Desault (2), et lorsqu'il établit les signes de la luxation *en avant ou en dedans*, il dit : le bras n'est pas allongé, il est même quelquefois raccourci. Une telle incertitude dans les symptômes est vraiment remarquable dans des lésions aussi mécaniques que les déplacemens, et on a d'autant plus lieu de s'en étonner, que dans la luxation sous-coracoïdienne le bras est constamment plus long. On pourrait accumuler de pareils exemples, mais un seul suffit pour montrer combien il est à désirer d'introduire de la précision et de l'exactitude, dans un sujet qui comporte et réclame essentiellement ces qualités.

La luxation sous-coracoïdienne se distingue nettement des luxations axillaires et sous-claviculaires, par la position de la tête humérale, qui n'a pas de rapport immédiat avec l'apophyse coracoïde dans la luxation axillaire; et qui est placée, non plus au dessous, mais au côté interne de cette apophyse, dans les déplacemens sous-claviculaires.

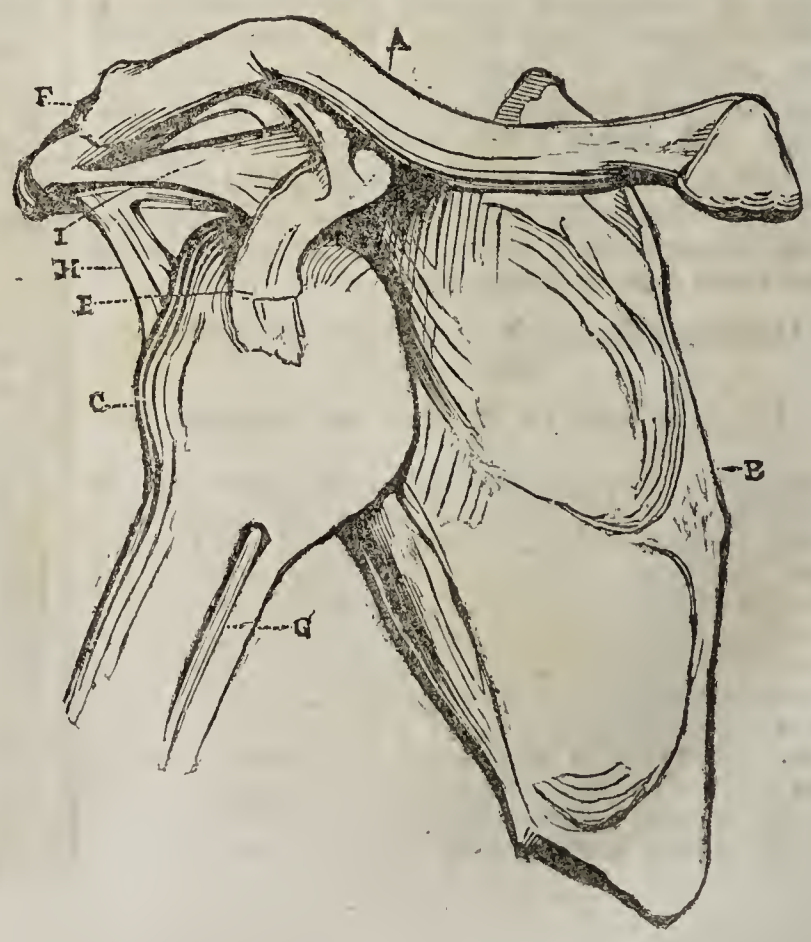
Les différences sont également très appréciables entre la luxation sous-coracoïdienne, et la luxation incomplète récente admise par MM. A. Cooper (3) Velpeau (4), et d'autres auteurs; elles résultent de notre définition elle-même; mais si la luxation n'a pas été réduite, et qu'on examine l'articulation, long-temps après l'accident, il ne serait plus possible de dire, si le déplacement a été dans le principe incomplet ou sous-coracoïdien, parce que les mêmes déformations osseuses, semblent devoir résulter de ces deux genres de déplacemens; la luxation sous-coracoïdienne devenant à la longue une luxation incomplète parfaite. L'anatomie pathologique des luxations anciennes, ne peut donc être invoquée pour décider de l'existence des déplacemens incomplets de l'épaule, et il faut chercher d'autres preuves; mais avant d'entrer dans ces discussions, rapportons quelques observations propres à appuyer les propositions précédentes, et à éclairer l'histoire des deux variétés de déplacemens que nous étudions.

1re Observation. *Examen anatomique d'une luxation sous-coracoïdienne ancienne, dont la date est restée inconnue. Pièce recueillie en 1832, par M. Manec, chef des travaux anatomiques de l'hospice de la Pitié.* (Voy. les planches III, IV, V.) — Je dois à l'amitié de M. le docteur Manec cet exemple de luxation ancienne, rencontrée sur le cadavre d'un vieillard, déposé dans les pavillons de dissection de la Pitié. Les renseignemens antérieurs manquent, et il en sera malheureusement ainsi, tant qu'on n'aura pas ordonné, comme mesure générale, de marquer les sujets qui viennent des hôpitaux, afin que l'on sache le numéro du lit, celui de la salle, et le nom de l'établissement où le malade a succombé; on pourrait ainsi se procurer des détails précieux, soit auprès de l'interne du service, soit auprès de la famille : et tant de beaux faits d'anatomie pathologique sont tous les jours perdus, faute de renseignemens sur les symptômes offerts pendant la vie, qu'on s'étonne avec raison de ne pas voir adopter une semblable mesure, dont l'utilité est généralement reconnue. Nous serons donc obligés de remonter à l'histoire de cette luxation, par les lésions de position et de forme que nous présenteront les parties.

Examen *de la face antérieure de l'articulation luxée.* (Voy. pl. I.) — Tous les muscles

(1) Sanson, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1834.
(2) Desault, *Journal de chirurg.*
(3) A. Cooper, *loco citato.*
(4) Velpeau, *Discours à la société médicale d'émulation.*

PLANCHE I.



Face antérieure et externe de l'articulation.

A. Clavicule.
B. Scapulum et fosse sous-scapulaire.
C. Tête de l'humérus.
D. Acromion.
E. Apophyse coracoïde.
F. Articulation acromio-claviculaire.
G. Coulisse bicipitale et tendon du muscle biceps.
H. Bride fibreuse accidentelle.
I. Ligament acromio-coracoïdien.

ont été enlevés, à l'exception des tendons, qui ont été coupés près de leurs attaches. La tête de l'humérus, au lieu d'être placée entre l'apophyse coracoïde et l'acromion, sous lequel elle est en partie cachée, paraît avoir subi un déplacement considérable en dedans, et correspond à la base de l'apophyse coracoïde; son bord externe est sur la même ligne que l'articulation arcomio-claviculaire; son bord interne dépasse de quatre lignes le milieu de la clavicule; elle présente deux pouces quatre lignes de diamètre transversal, ce qui dépend de l'aplatissement qu'elle a éprouvé; car non seulement elle occupe le côté antérieur du col glénoïdien, mais elle se prolonge encore en dehors et en arrière sur toute la cavité glénoïde.

La coulisse bicipitale est intacte située au côté interne de l'apophyse coracoïde; on peut imprimer deux lignes environ de rotation en dedans à l'humérus.

La grosse tubérosité de la tête humérale est par conséquent en dehors de l'apophyse coracoïde, et la petite tubérosité en dedans.

Le tendon de la longue portion du biceps se dirige en dehors et en arrière après avoir traversé la coulisse bicipitale, et passe immédiatement au dessous de l'apophyse coracoïde, où il est aplati, volumineux et enveloppé par la synoviale.

Une bride fibreuse de deux pouces quatre lignes de longueur sur trois lignes et demie de large, se porte de la face inférieure de l'acromion, où elle s'insère conjointement avec le ligament acromio-coracoïdien, au bord externe de la grosse tubérosité humérale qui lui donne insertion. Elle limite avec le ligament sus-nommé, un espace triangulaire où l'on aperçoit la terminaison du tendon du muscle sus-épineux.

Le ligament acromio - coracoïdien, est très fort, très distinct; et au dessous de lui, vient s'insérer à l'humérus le tendon du sus-épineux.

Les tendons de la courte portion du biceps, coraco-brachial et petit pectoral, se fixent normalement à l'apophyse coracoïde, et ne paraissent avoir contracté aucune adhérence avec la tête de l'humérus.

Face postérieure. (*Voy.* pl. II). — Vue en arrière, l'articulation présente très peu d'épaisseur; ce qui dépend de l'amincissement de la tête humérale, qui est aplatie et prolongée en bas dix lignes au dessous du bord inférieur de la cavité glénoïde, dont elle n'atteint pas en haut le sommet; elle offre deux tubercules placés l'un au dessus de l'autre, qui paraissent appartenir à la grosse tubérosité; au premier se fixe le muscle sous-épineux, et en avant du second, le muscle petit rond. Une capsule fibreuse, très dense et très solide, s'étend du col glénoïdien à cette portion de l'humérus, d'une manière assez serrée pour ne lui permettre qu'un écartement de quelques lignes. La longue portion du triceps, dont l'insertion au scapulum est régulière, se confond en partie dans cette capsule, et lui envoie quelques fibres distinctes.

Face interne. — En étudiant l'articulation par sa face interne, la tête de l'humérus semble entièrement logée sur le col du scapulum et dans la fosse sous-scapulaire, où elle occupe, au dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde, une nouvelle cavité osseuse.

Une large capsule fibreuse, parfaitement formée, embrasse toute cette face de l'articulation, et se continue avec l'autre portion de capsule que nous avons déjà décrite en arrière. Elle est plus lâche en bas qu'en haut, et permet, dans le premier sens, un écartement de près d'un pouce.

Le tendon du muscle sous-scapulaire s'insère de haut en bas dans l'étendue de plus d'un pouce, sur la limite de la capsule, entre elle et la coulice bicipitale; il est large, mince et très résistant.

PLANCHE II.

Face postérieure de l'articulation.

A. Clavicule.

B. Scapulum et fosse sous-scapulaire.

C. Humérus.

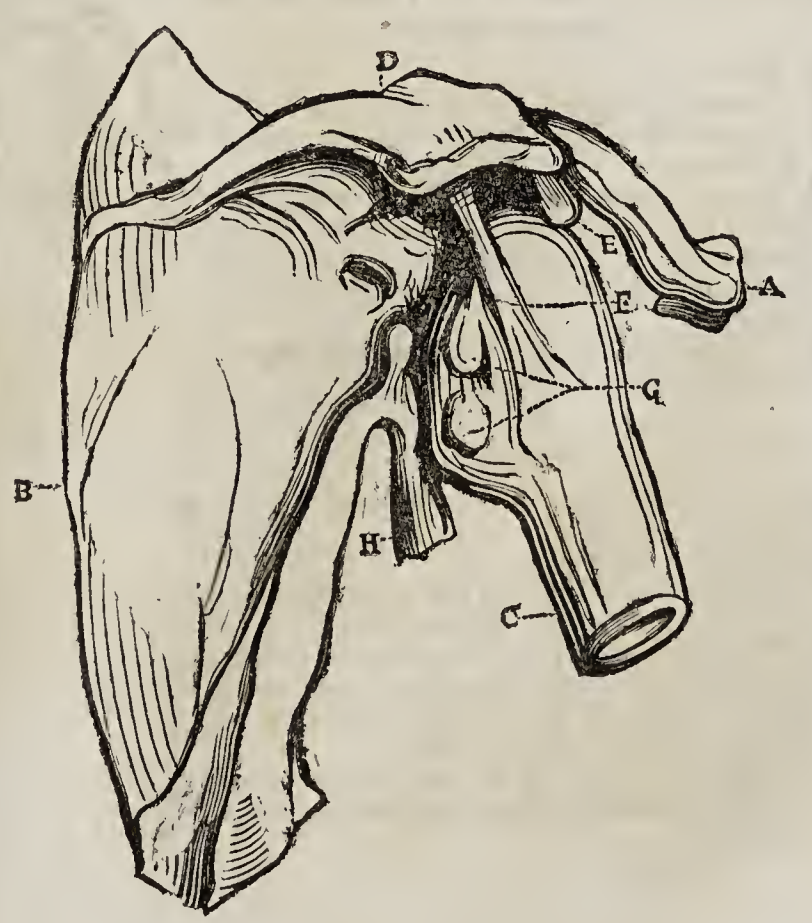
D. Acromion.

E. Apophyse coracoïde.

F. Bride fibreuse accidentelle.

G. C. Tubercules appartenant à la grosse tubérosité de l'humérus.

H. Insertion au scapulum de la longue portion du muscle triceps brachial.



Examen de l'articulation ouverte (*V.* pl. III). — La capsule étant incisée dans toute sa circonférence, on reconnaît qu'elle a conservé ses attaches normales sur le col huméral; et elle constitue une seule poche très régulière et revêtue d'une synoviale, qui entoure l'articulation entière, se continue sur le tendon du biceps (longue portion), et embrasse l'ancienne et la nouvelle cavité articulaire, qui toutes deux sont en rapport avec l'humérus.

La cavité glénoïde est en effet extrêmement rétrécie, surtout en arrière, où le ligament capsulaire et quelques fibres ligamenteuses s'insèrent sur elle dans une largeur de deux à trois lignes, offrant là une résistance et une épaisseur très considérables. La cavité glénoïde a un pouce deux lignes verticalement, et six lignes seulement dans le diamètre transversal. Une très petite portion médiane est revêtue de cartilage. Au lieu d'être limitée en avant par un rebord osseux, elle se continue en dedans avec une nouvelle cavité articulaire, beaucoup plus haute, plus large, plus profonde, creusée sur le col glénoïdien et la fosse sous-scapulaire; cette nouvelle cavité a un pouce six lignes de hauteur, et dix lignes de largeur; elle regarde en dedans et en avant, est revêtue d'une espèce de cartilage, et est bornée en dedans par un rebord osseux de six lignes de hauteur, qui donne attache au ligament capsulaire. Les deux cavités sont unies entre elles par une ligne longitudinale saillante, qui est revêtue de cartilage et fait partie de l'articulation.

Il résulte de ces dispositions, que la cavité articulaire est formée aux dépens de la fosse sous-scapulaire, du col du scapulum et de la cavité glénoïde elle-même, qui n'est pas entièrement détruite, et se trouve en rapport immédiat avec une partie de la tête de l'humérus.

La portion intra-capsulaire de la tête humérale offre deux parties distinctes : l'une articulaire et de contact, l'autre libre, et seulement en rapport avec la capsule. Cette dernière, placée au côté interne, a un pouce environ de largeur, et s'étend sous l'apophyse coracoïde, qu'elle touche par une petite facette arrondie; sa surface est irrégulière et semée de tubercules osseux; elle résulte probablement de la portion de tête humérale, appuyée sur le muscle sous-scapulaire; le cartilage articulaire s'est résorbé, et est remplacé par une très légère couche membraneuse. L'autre portion, ou de contact sur le scapulum, est revêtue, en quelques points, d'un cartilage articulaire, et présente de dedans en dehors une surface convexe en rapport avec la nouvelle cavité creusée sur le col glénoïdien et la fosse sous-capulaire; puis une dépression assez profonde, destinée à recevoir la crête saillante qui limite la cavité glénoïde, et enfin, tout à fait en dehors et en arrière, un prolongement aminci de l'extrémité de l'humérus qui s'étend au dessus de l'acromion, et recouvre la portion restée libre de la cavité glénoïde.

La tête de l'humérus, au lieu d'être arrondie et sphérique, représente donc une espèce de troklée ou poulie, dirigée de haut en bas, et articulée par deux surfaces convexes et un sillon médian profond, avec les deux surfaces concaves du scapulum et la crête qui les sépare. Le genre d'articulation est, par conséquent, tout à fait changé, et la luxation paraît incomplète.

IIe Observation. *Luxation de l'épaule gauche datant de vingt-et-un ans.* — C'est à l'amitié de M. Ruff, interne à la Pitié, dans le service de M. le professeur Velpeau, que je suis redevable de ce cas intéressant. Plusieurs fois j'ai vu le malade porteur de la luxation, et il m'a souvent répété les détails de son accident.

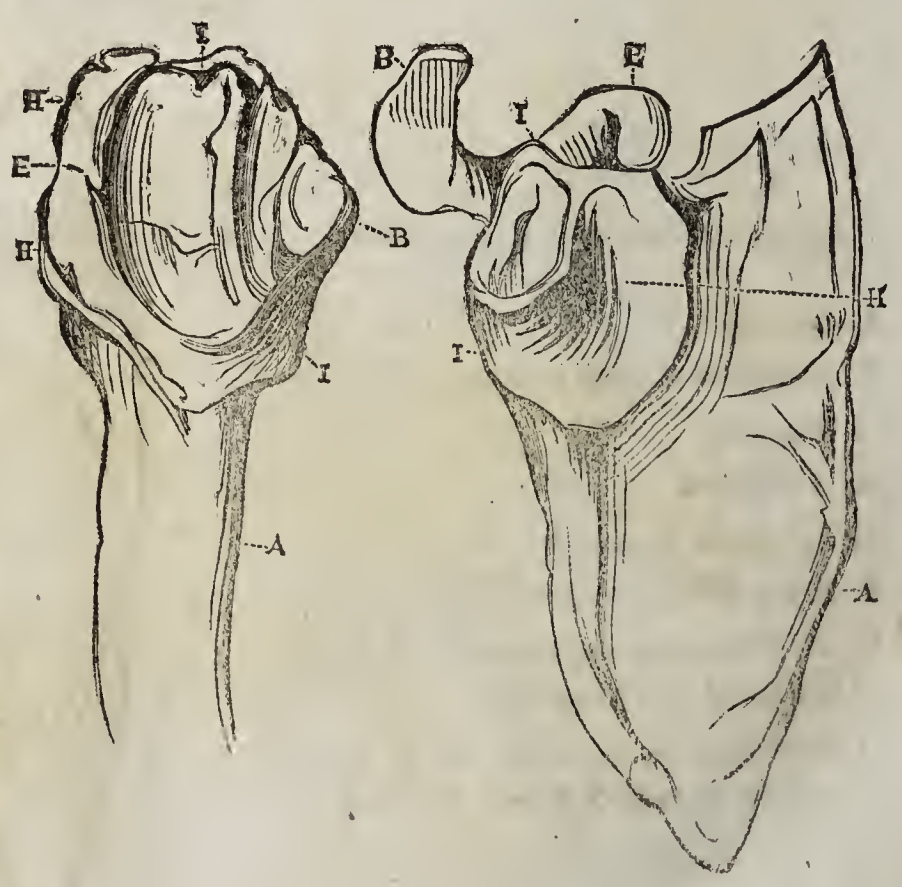
PLANCHE III.

Surfaces articulaires de l'humérus et du scapulum.

A. Humérus.
B. Facette de rapport avec la cavité glénoïde.
E. Facette de rapport avec la nouvelle cavité articulaire.
H. Rebord osseux, hérissé de tubercules, renfermé dans la capsule, mais n'ayant aucun contact avec le scapulum, à l'exception d'une petite facette qui joue sur l'apophyse coracoïde.
I. I. Extrémités du sillon profond qui sépare les deux surfaces articulaires.

Scapulum.

A. Scapulum et fosse sous-scapulaire.
B. Apophyse acromion.
E. Apophyse coracoïde.
F. Cavité glénoïde retrécie, et en partie remplie par une insertion ligamenteuse.
H. Nouvelle cavité articulaire creusée sur le col du scapulum et dans la fosse sous-scapulaire, se continuant par une simple crête lisse et mousse, avec la cavité glénoïde.
I. I. Extrémités de la crête mousse qui sépare la cavité glénoïde de la nouvelle surface articulaire.



Il avait fait une chute vingt-et-un ans auparavant sur la place de l'Estrapade à Paris, et s'était démis le bras. Un rebouteur prétendit, après quelques tractions, l'avoir guéri; mais les mouvemens ne se rétablirent pas, et lorsque le blessé consulta plus tard un chirurgien, celui-ci constata la persistance de la luxation, et l'engagea à garder son membre dans l'état où il se trouvait, sans exposer dans des tentatives inutiles, en raison de l'ancienneté du déplacement (il datait d'un mois ou six semaines), le peu de mobilité qu'il pouvait recouvrer, et peut-être sa vie.

Le malade avait suivi cet avis, et le bras avait peu à peu repris quelques mouvemens, quoique moins fort et moins gros que celui de du côté opposé; il était cependant bien musclé. La saillie deltoïdienne n'avait pas tout à fait disparu; mais, en portant la main sur elle, on sentait proéminer l'extrémité de l'acromion, et les doigts s'enfonçaient au dessous de cette apophyse. La tête de l'humérus était au dessous de l'apophyse coracoïde. Le bras, mesuré de l'acromion à l'olécrâne, offrait la même longueur que le droit (circonstance inexplicable, si l'on ne savait que dans les luxations anciennes, les os s'atrophient selon leur longueur et leur circonférence); les mouvemens d'élévation étaient peu étendus, et le malade, en baissant la tête, pouvait à peine porter les doigts à son front. La rotation était à peu près abolie, et, en examinant le mécanisme des mouvemens, on reconnaissait qu'ils appartenaient presque tous à l'omoplate. Nous notâmes ces renseignemens avec une attention d'autant plus scrupuleuse, que le malade était entré à l'hôpital pour y subir une amputation de la jambe, dont les suites pouvaient rendre tout retard irréparable. En effet, ce blessé mourut quelques jours après l'opération, et, averti par M. Ruff, je fis avec lui la dissection de l'articulation luxée.

Dissection. — La peau de la région scapulo-humérale ne présente aucune trace de cicatrice ni aucune adhérence avec les parties subjacentes. Les muscles sont volumineux, rouges et d'un bel aspect. On incise le grand pectoral et le grand dorsal à trois pouces de leur insertion à l'humérus, le deltoïde au dessous des apophyses acromion et coracoïde. Le tissu cellulaire de sa face interne est plus fibreux qu'à l'état normal, et plus intimement uni à la tête humérale. Nous divisons également le tendon de la longue portion du biceps et le coraco-brachial, qui n'offrent rien à noter. Le tendon du muscle sous-scapulaire est très large, aplati, moulé sur la tête de l'humérus et sur la capsule, dont on le sépare assez difficilement. Les muscles sus et sous-épineux, petit rond, se confondent à leur terminaison avec le tissu fibreux articulaire, sans cesser d'être reconnaissables. Tous ces muscles sont volumineux, sans indice de lésions, soit récentes, soit anciennes, et détachés de l'omoplate, ils laissent l'articulation parfaitement à découvert.

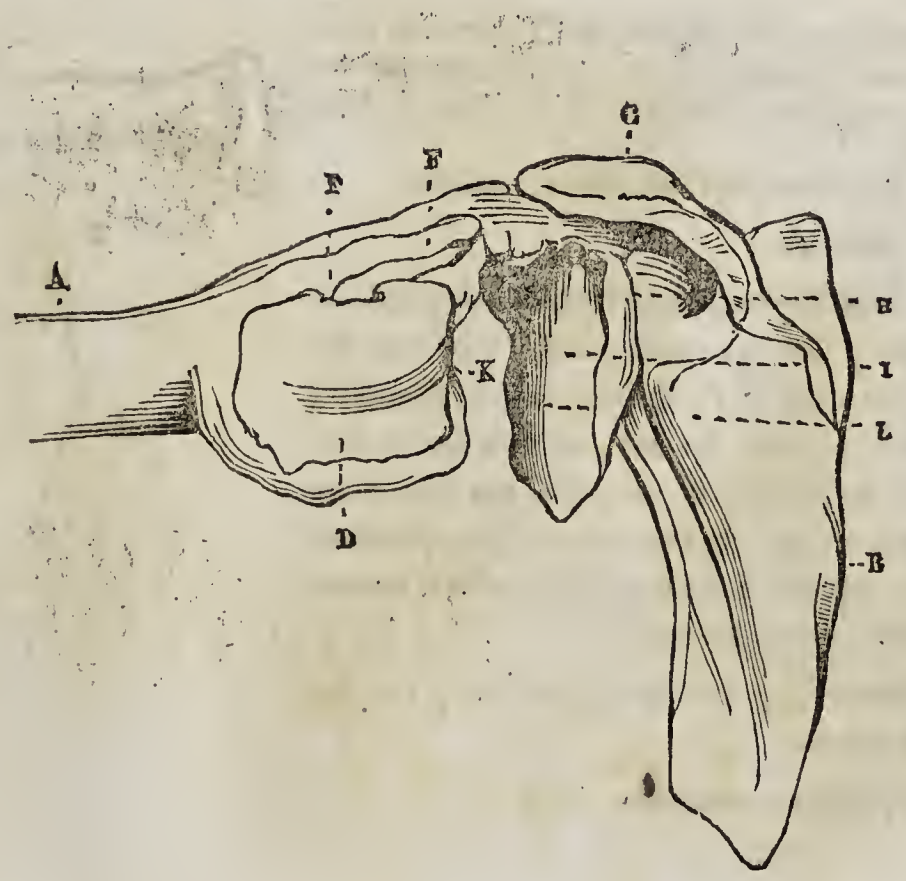
Face antérieure et externe de l'articulation. — Vue en avant et réduite aux élémens fibro-osseux, l'épaule n'offre pas les signes ordinaires d'une luxation : la tête de l'humérus est, à la verité, moins saillante en dehors que dans l'état naturel, et n'atteint pas le bord de l'acromion, mais elle se trouve sous cette apophyse, et paraît aplatie et déformée. Elle a trois pouces de largeur, recouvre toute la cavité glénoïde, puis se porte en dedans, au dessous de l'apophyse coracoïde, avec la face inférieure de laquelle elle est dans un rapport immédiat. La coulisse bicipitale offre un pont osseux de quatre lignes environ de hauteur, sous lequel glisse avec facilité le tendon de la longue portion du biceps. En général, le tissu fibreux est abondant, fortement prononcé, et se confond avec l'origine du ligament capsulaire, qui n'a que quatre ou cinq lignes d'étendue, les os s'écartant à peine l'un de l'autre à la partie supérieure de l'articulation.

Face interne et antérieure (*V.* pl. IV). — Cette face laisse apercevoir, 1° la fosse sous-scapulaire; 2° un rebord osseux, long de

PLANCHE IV.

Surfaces articulaires d'une luxation datant de 21 ans.

A. Humérus.
B. Scapulum et fosse sous-scapulaire.
C. Apophyse acromion.
D. Portion interne de la surface articulaire de la tête de l'humérus, qui était en rapport avec la nouvelle cavité, creusée sur le col du scapulum.
E. Portion externe de la surface articulaire de la tête de l'humérus, qui était en rapport avec l'ancienne cavité glénoïde.
K. Sillon concave, séparant en deux la surface articulaire de la tête de l'humérus, et recevant l'angle saillant du bord antérieur de la cavité glénoïde.
F. Tendon de la longue portion du biceps coraco
H. Bourre glénoïdien postérieur en partie ossifié.
I. Cavité glénoïde.
J. Nouvelle cavité articulaire.



deux pouces, qui forme la limite de la nouvelle cavité du scapulum ; 3° la tête de l'humérus, parsemée de tubercules osseux, et placée au dessous de l'apophyse coracoïde, qu'elle dépasse à peine en dedans, où elle forme une saillie considérable de deux pouces trois lignes de hauteur; 4° une capsule fibreuse, très dense et très épaisse, se portant du scapulum à l'humérus, dont elle recouvre un pouce en haut, dix-huit lignes en bas; 5° le tendon du muscle sous-scapulaire fixé au dedans de la coulisse bicipitale, dans une étendue de plus d'un pouce.

Face postérieure. — Vue par sa face postérieure, l'articulation ne présente pas moins de difformité. La fosse sous-épineuse et le bord correspondant de la cavité glénoïde paraissent normaux, l'humérus repose sur ce dernier, et le dépasse de six lignes en bas et de deux lignes en arrière; il est très aplati, et a la forme d'une pyramide triangulaire, épaisse d'un pouce en haut et de deux pouces en bas. La portion de capsule qui réunit les deux os est très dense, et leur permet peu de mobilité; la longue portion du muscle triceps s'insère très près d'elle, et lui envoie des prolongemens.

Il résulte de l'ensemble de cette description, que la tête de l'humérus occupe en même temps toute la cavité glénoïde, le col glénoïdien et une petite portion de la fosse sous-scapulaire; qu'elle est fortement aplatie, étroite et mince en dehors, renflée en dedans, et articulée d'une manière presque immobile sur le scapulum par une capsule qui ne mérite ce nom qu'en dedans, où elle recouvre en effet une assez grande épaisseur de la tête osseuse, tandis qu'en bas et en dehors, elle s'insère presque au point de contact des os.

Intérieur de l'articulation. — L'articulation fut ouverte par sa partie supérieure, en incisant le tendon du sus-épineux et la capsule, ou plutôt le ligament court et résistant qui la remplace. L'incision fut prolongée en dedans et en dehors, et ce tissu avait une telle force, qu'il fut impossible de le déchirer dans aucun point, même en se servant de l'humérus en guise de levier, et en agissant sur des portions isolées. Les deux os séparés, nous vîmes qu'ils se joignaient par une espèce de ginglime, et que les surfaces de rapport étaient extrêmement déviées de leur forme naturelle.

Surface articulaire du scapulum (*Voyez* planche V). — La nouvelle surface articulaire est beaucoup plus large que la naturelle; elle est formée aux dépens de la cavité glénoïde et de tout le col de cette cavité, jusqu'au dessous de l'apophyse coracoïde. Il en résulte la disparition complète du bourrelet glénoïdien et du bord qu'il surmonte. Cependant un changement de direction ou de niveau indique très bien sa situation, et permet de partager cette nouvelle cavité en deux portions; l'une externe, ancienne cavité normale, encore un peu concave, très allongée, se réunit par une surface mousse, mais un peu saillante, à la seconde ou interne, qui s'incline vers la fosse sous-scapulaire, où elle se termine par un rebord osseux. Cette large surface articulaire a deux pouces cinq lignes de hauteur, et un pouce quatre lignes de diamètre transversal à son tiers supérieur, deux lignes de moins à son tiers inférieur. Le tissu osseux est à nu, et on retrouve à peine quelques traces de cartilage et de périoste.

La portion intra-articulaire du biceps est très volumineuse, elle s'insère normalement au scapulum, et se continue vers le bord postérieur de la cavité glénoïde avec le bourrelet glénoïdien, qui a acquis un très fort volume et est ossifié dans une étendue de treize lignes. Une facette de contact existe à la face inférieure de l'apophyse coracoïde.

Surface articulaire de l'humérus (*V.* pl. IV).

PLANCHE V.

Surfaces articulaires du scapulum dans une luxation sous-coracoïdienne incomplète, datant de 21 ans, vue de face.

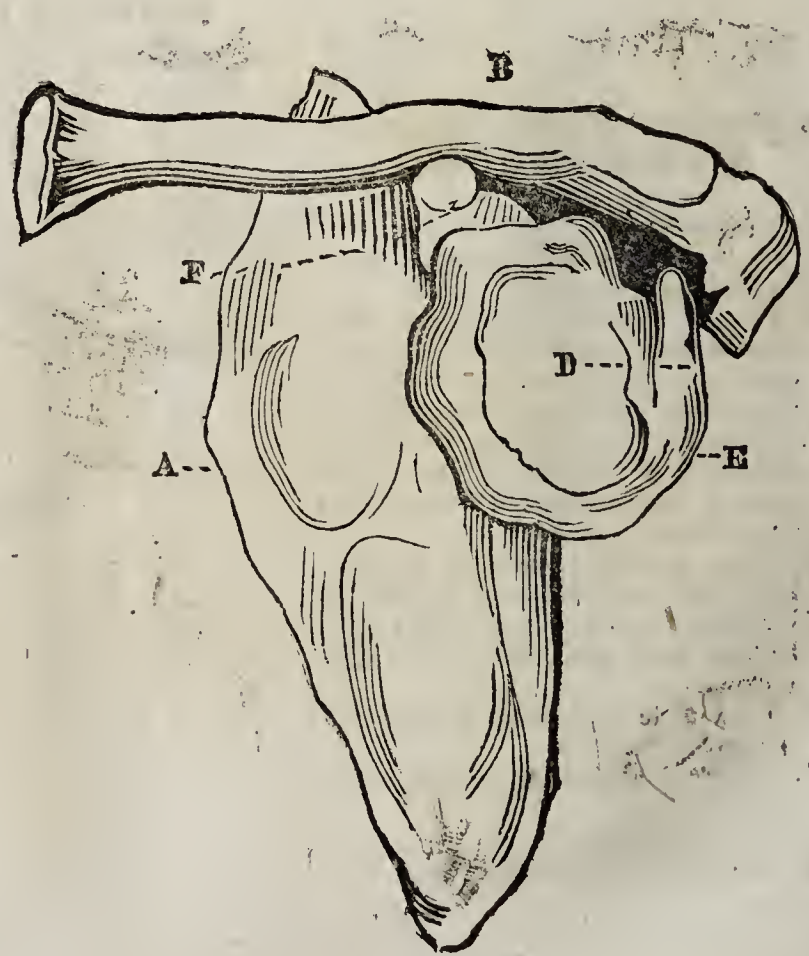
A. Scapulum et fosse sous-scapulaire.

B. Clavicule.

D. Nouvelle surface articulaire du scapulum. On y distingue une portion externe, appartenant à l'ancienne cavité glénoïde; une portion interne, creusée sur le col du scapulum, et un angle mousse et un peu saillant, qui sépare ces deux portions et représente le bord antérieur ou interne de la cavité glénoïde.

E. Bourrelet glénoïdien postérieur, en partie ossifié.

F. Apophyse coracoïde.



— La tête de l'humérus n'est pas moins altérée; au lieu d'offrir une forme sphérique, elle est fortement creusée dans son milieu et de haut en bas par un sillon profond qui la partage en deux portions : l'une externe, assez mince, et un peu plus large, irrégulièrement convexe, répond à l'ancienne cavité glénoïde; l'autre, interne presque plane, très épaisse, appuyée sur le prolongement en dedans de la nouvelle surface articulaire du scapulum. Le sillon profond, que nous avons noté, est en rapport avec l'angle mousse, qui divise en deux la cavité de réception de l'omoplate. L'humérus a, dans sa surface articulaire, deux pouces trois lignes de hauteur, deux pouces de largeur et deux pouces neuf lignes en mesure oblique. La substance osseuse est à nu, et il n'existe que des traces à peine sensibles de cartilage, sur les points les moins exposés au frottement.

L'humérus tout entier est moins long et moins gros que celui du côté sain, ce qui explique comment le bras ne paraissait pas allongé pendant la vie.

IIIe Observation. — On trouve dans l'excellent ouvrage de S.-A. Cooper (1), un fait semblable, présenté comme une luxation partielle de l'humérus. Le voici (*Voy.* pl. VI) : *Luxation partielle de la tête de l'humérus rencontrée sur un sujet porté pour les dissections à l'hôpital St-Thomas*, année 1817.

Apparences avant la dissection. — Les apparences sont les suivantes : la tête de l'humérus gauche est située plus en avant que dans l'état normal, et le bras ne peut être éloigné du côté qu'à moitié chemin de la position horizontale.

(1) A. Cooper, *loco citato.*

Dissection. — Les tendons des muscles qui sont unis à l'articulation n'étaient pas déchirés, et l'on trouve le ligament capsulaire fixé à l'apophyse coracoïde; ce ligament ayant été incisé, on vit la tête de l'humérus placée au dessous de l'apophyse coracoïde qui formait la partie supérieure de la nouvelle cavité. La tête humérale avait été portée sur la face antérieure du col de l'omoplate qui était creusé, et constituait la partie inférieure de la cavité. La forme naturellement sphérique de la tête de l'os était très altérée, et était devenue ovalaire, le grand diamètre étant vertical. Une petite portion de l'ancienne cavité glénoïde restait encore; mais sa surface était irrégulière par suite de la disparition du cartilage. Sur la tête de l'humérus et au fond de la nouvelle cavité existaient quelques petits dépôts cartilagineux. A la partie supérieure et postérieure de l'articulation était une large pièce cartilagineuse, suspendue dans la cavité, et seulement unie en haut, à la synoviale, par une ou deux bandelettes membraneuses. La longue tête du muscle biceps semblait avoir été rompue, près de son insertion, à l'extrémité supérieure de la cavité glénoïde; car en ce point le tendon était plus petit, et paraissait être de nouvelle formation.

Je n'accumulerai pas de plus nombreux exemples de luxations sous-coracoïdiennes anciennes, les trois précédens suffisent et ils nous paraissent riches de résultats. On pourrait, au premier aspect, les regarder comme des faits non douteux de luxations incomplètes, puisque la tête de l'humérus se trouve placée de champ ou à cheval sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, occupant cette cavité par sa moitié externe, tandis que l'interne repose sur le col de l'omoplate et une partie de la fosse sous-scapu-

PLANCHE VI.

Luxation partielle de l'humérus en avant. Le dessin a été fait sur une pièce préparée par M. Patey.

A. Clavicule.

B. Acromion.

C. Apophyse coracoïde.

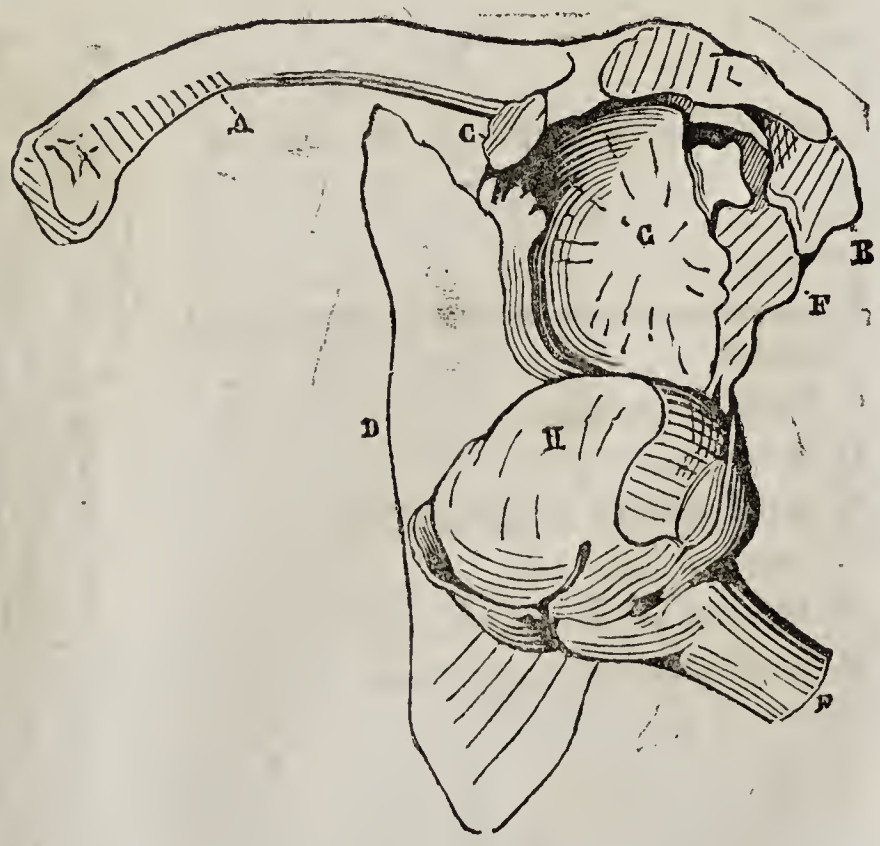
D. Scapulum.

E. E. Humérus. La tête de l'os est un peu altérée.

F. Cavité glénoïde.

G. Nouvelle cavité à surface polie pour la tête de l'humérus. Cette cavité s'étend du bord de la cavité glénoïde à l'apophyse coracoïde.

A. Cooper, pl. XXII, fig. 2.



laire (*V.* pl. VII et VIII). De tels exemples sont fréquens, et sont la forme de déplacement que l'on rencontre le plus habituellement dans les luxations anciennes. M. Velpeau s'est fondé sur une pièce de ce genre pour admettre l'existence des luxations incomplètes dans les articulations orbiculaires; et S.-A. Cooper professe depuis long-temps cette même opinion, probablement basée sur l'observation que je lui ai empruntée, et sur une seconde, recueillie sur le vivant. Je pourrais encore citer d'autres chirurgiens qui partagent cette doctrine, et leurs noms ont une autorité incontestable; mais si je m'en tiens aux faits, je n'en trouve aucun qui soit décisif; car les luxations incomplètes anciennes ne prouvent pas que le déplacement ait été tel dès les premiers momens de l'accident, et l'on peut supposer, je crois, avec plus de raison, qu'il était sous-coracoïdien.

Dans les luxations incomplètes récentes, la

PLANCHE VII.

Luxation incomplète en avant, vue par sa face antérieure.

A. Clavicule.
B. Scapulum et fosse sous-scapulaire.
C. Base de l'épine du scapulum.
D. Apophyse coracoïde.
E. Tête de l'humérus saillante en avant.
F. Humérus.

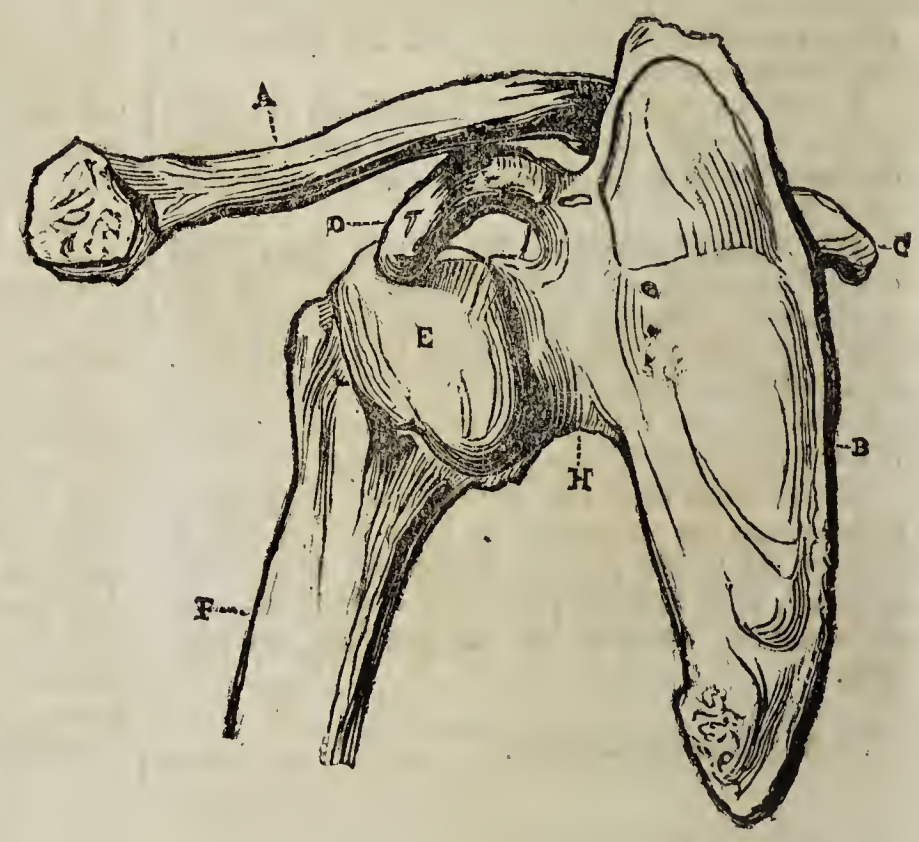
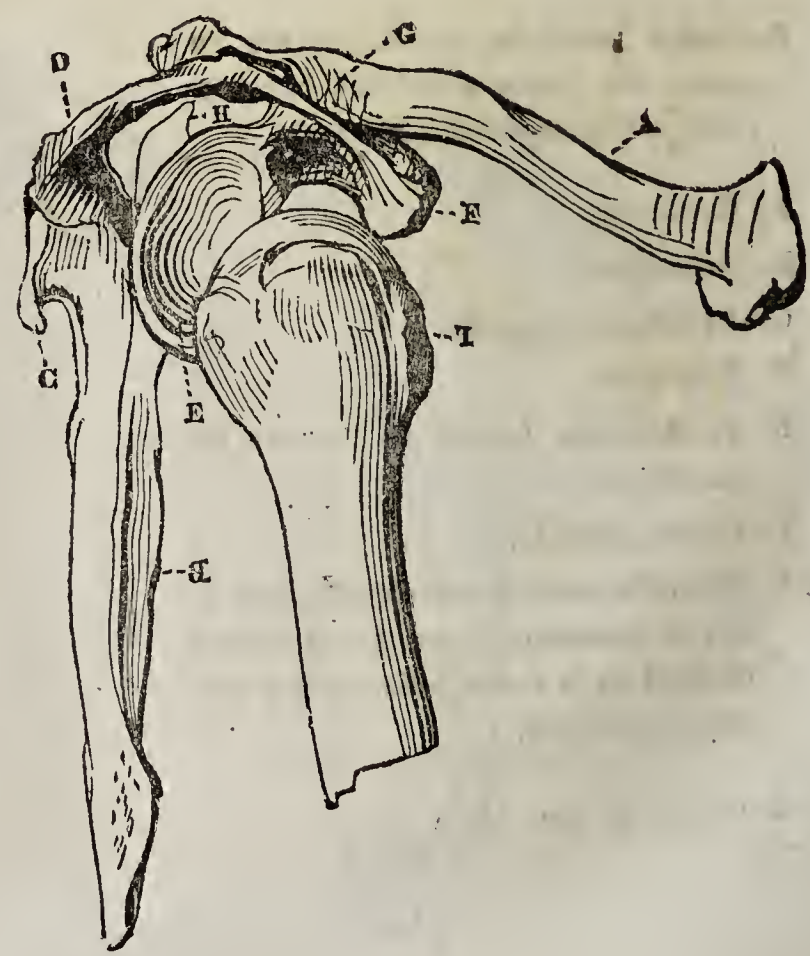


PLANCHE VIII.

Luxation incomplète en avant, vue en dehors.

A. Clavicule.
B. Scapulum, vu en raccourci par son bord externe.
C. Épine du scapulum.
D. Acromion.
E. Cavité glénoïde, en partie vide.
F. Apophyse coracoïde.
G. Ligament acromio-caracoïdien.
H. Angle postérieur du scapulum.



tête de l'humérus n'a pas de contact direct avec le col de l'omoplate; elle prend ses seuls points d'appui sur la moitié antérieure de la cavité glénoïde, et sur le côté externe et un peu inférieur de l'apophyse coracoïde. Une telle luxation rencontrée sur le cadavre serait péremptoire et ne laisserait aucun doute; mais elle n'a jamais été observée: on a seulement trouvé un grand nombre de cas, dans lesquels la tête de l'humérus est en rapport immédiat avec la cavité glénoïde, il est vrai, mais en même temps avec le col du scapulaire, et même une portion de la fosse sous-scapulaire. Pour expliquer cette circonstance, il faut admettre qu'une partie de la cavité glénoïde a été usée ou résorbée, sous l'influence de la pression de l'humérus, qui s'est ainsi mis de niveau avec la fosse sous-scapulaire, et s'est formé de nouveaux contacts avec elle et avec le col glénoïdien; mais alors la pression ayant été la même sur l'apophyse coracoïde, celle-ci devrait avoir également subi une notable déformation, et être plus ou moins déprimée et convertie en surface articulaire. Or, rien de semblable n'existe; les trois luxations anciennes, dont nous avons rapporté les observations, paraissent donc fort difficiles à comprendre, si on veut les considérer comme ayant toujours été incomplètes, tandis qu'elles s'expliquent très bien dans l'hypothèse d'un déplacement sous-coracoïdien primitif. En effet, la tête de l'humérus reste fixée dans cette dernière espèce de déplacement au dessous de l'apophyse coracoïde, et sur le bord interne du col du scapulum. Dans cette situation, la tête de l'os a trop d'épaisseur pour ne pas dépasser encore de beaucoup le plan de la cavité glénoïde, et c'est sa portion saillante, qui se met peu à peu en rapport avec la surface glénoïdale elle-même, de manière à représenter une luxation incomplète. Tous les os, lorsqu'ils sont déplacés, et que leurs mouvemens ne sont pas abolis, tendent à produire une nouvelle articulation; pour cela, ils se déforment plus ou moins et se moulent l'un sur l'autre pour étendre leur contact. Ici, la tête de l'humérus commence par se mettre en rapport avec le col du scapulum, où s'élève une cavité; son collet, ou rainure, correspond ordinairement au bord antérieur de la cavité glénoïde qu'elle rencontre ainsi de champ; elle se creuse pour le recevoir, et par suite de cette disposition, son côté externe, qui est resté libre, se rapproche de la surface glénoïde, s'avance sur elle, et finit par la recouvrir entièrement (*Voy.* IIe Obs.). Ces changemens sont lents, mais le temps, et les mouvemens imprimés au membre, les favorisent; et, lorsqu'après plusieurs années, on vient à examiner sur le cadavre la nouvelle articulation, on croit à l'évidence d'une luxation incomplète, et on en proclame la possibilité, comme lésion récente, sans tenir compte des profondes modifications qui ont pu avoir lieu, et altérer complétement la forme et les rapports des parties.

Je conclus de cet examen, que la science ne possède aucun cas d'anatomie pathologique, qui démontre l'existence des luxations incomplètes récentes ou primitives. Voyons maintenant quelle est la valeur des faits observés sur le vivant: S.-A. Cooper, qui a consacré un chapitre de son bel ouvrage à l'étude des luxations partielles, n'a rapporté qu'un exemple d'un tel déplacement sur l'homme vivant. Malheureusement cet exemple manque de détails nécessaires pour le mettre hors de doute; cependant je l'aurais admis sur l'autorité d'un aussi habile observateur, s'il ne me paraissait évident que S.-A. Cooper a confondu la luxation partielle avec la luxation sous-coracoïdienne, comme je vais en donner la preuve. Mais citons d'abord son observation:

IVe Observation. *Luxation partielle ou incomplète de l'humérus.* — « M. Brown, âgé « de cinquante ans, tomba de sa chaise sur « l'épaule, et en examinant cette partie, on « trouva que sa rondeur naturelle avait disparu. « Un creux existait sous l'acromion, la tête de « l'os proéminait en avant et en dedans contre « l'apophyse coracoïde; le bras pouvait être « éloigné des côtes, si on le dirigeait en avant, « mais il ne pouvait être élevé directement en « haut. En tirant les deux bras en arrière, je « parvins à faire rentrer l'os dans sa cavité, mais « le déplacement se reproduisait aussitôt que je « cessais l'extension. Cette espèce de luxation « diffère de celle en avant (sous-claviculaire), « en ce que la tête humérale est placée au côté « externe de l'apophyse coracoïde, tandis qu'elle « est située au côté interne de cette apophyse « dans la luxation en avant. » On voit que S.-A. Cooper n'admet pas la luxation sous-coracoïdienne; cependant elle existe; il faut donc qu'il l'ait confondue, soit avec la luxation partielle, soit avec la sous-claviculaire, et comme cette dernière offre des signes trop caractéristiques, pour permettre une pareille méprise, nous devons en conclure que la luxation partielle et la sous-coracoïdienne, sont une même chose, aux yeux du célèbre chirurgien anglais. Voici, je crois, la cause de l'erreur: l'extrémité supérieure de l'humérus présente deux parties distinctes: l'une sphérique, articulaire, revêtue de cartilages; l'autre extra-capsulaire, surmontée de grosse et petite tubérosités; celle-ci reste habituellement en rapport avec la cavité glénoïde dans le déplacement sous-coracoïdien, tandis que l'autre, ou portion articulaire, est complétement sortie de la cavité glénoïde, et repose sur le col du scapulum. Ce n'est donc pas une luxation partielle, puisque les surfaces articulaires des deux os ont perdu entre elles tout contact; c'est une luxation complète, avec cette particularité, que l'humérus est encore appuyé par sa portion extra-capsulaire sur le bord antérieur de l'extrémité de la cavité glénoïde; la saillie de l'humérus au dessus du niveau glénoïdien a occasioné la confusion, et ce qui le prouve encore, c'est que M. A. Cooper regarde le déplacement partiel comme le plus fréquent, après la luxation en bas, opinion inadmissible, s'il s'agit réellement d'une luxation incomplète, tandis qu'elle s'applique très bien à la luxation sous-coracoïdienne.

Mais en admettant, ce qui est pour moi démontré, que M. A. Cooper ait confondu ces deux variétés de luxation, à laquelle des deux doit être rapportée l'observation de M. Brown (*Voy.* IVe Obs.). Ce malade a-t-il eu un déplacement incomplet, ou sous-coracoïdien? L'étude des symptômes va nous laisser à peu près dans le doute. La tête de l'humérus pro-

éminait en avant et en dedans contre l'apophyse coracoïde; il y avait un creux sous l'acromion; le moignon de l'épaule avait disparu. Ces signes n'ont rien de positif; la tête humérale arc-boute naturellement contre l'apophyse coracoïde, et elle ne peut se déplacer, et rester cependant au côté externe de cette apophyse, puisque telle est sa situation normale. Pour qu'une luxation, même incomplète, ait lieu, il faut que l'humérus glisse un peu au dessous de l'apophyse coracoïde. Si la tête osseuse n'abandonne que partiellement sa cavité, elle forme, à la vérité, une saillie considérable en avant et en dedans; mais le moignon de l'épaule ne disparaît pas; il devient seulement plus étroit et plus antérieur; en outre, il n'existe pas de creux sous l'acromion, où l'on rencontre l'humérus abaissé d'environ un pouce, disposition qui ne ressemble pas à la dépression deltoïdienne que l'on observe dans les luxations complètes. Aussi, les signes, à peine indiqués par M. A. Cooper, sont-ils loin d'être pathognomoniques, et ne peuvent-ils être invoqués en preuve de l'existence de la luxation incomplète du bras. Il faut donc attendre de nouveaux faits; cependant, si nous ne croyons pas le déplacement incomplet de l'humérus assez démontré, pour lui faire prendre rang dans la science, nous le supposons possible et même probable; et voici comment nous nous l'expliquons: Dans une chute ou un coup, de côté, un peu en arrière, et de haut en bas, sur le moignon de l'épaule, le bras appliqué contre le corps, la tête de l'humérus serait portée en dedans, en avant, et un peu en bas; la force du coup pourrait être assez grande pour détacher une portion du bourrelet glénoïdien, écraser le cartilage articulaire, et le bord antérieur de la cavité glénoïde, et faire glisser la tête de l'os un peu au dessous du bec coracoïdien, sans la déplacer entièrement. Cette luxation serait réduite sans difficultés; mais les récidives seraient fréquentes, en raison de la déformation des parties et de l'absence du bourrelet glénoïdien. Les signes de ce déplacement seraient l'allongement du bras de quelques lignes seulement, un léger intervalle d'un demi-pouce environ entre l'acromion et la tête de l'humérus, la saillie du moignon de l'épaule en dedans et en avant, l'impossibilité des mouvemens de rotation et d'élévation du bras; les suites de l'accident seraient peu graves, puisque la capsule n'aurait pas été ouverte (*Voyez* pl. I et II).

J'ai écarté, comme l'on voit, l'objection la plus anciennement adressée aux luxations partielles. On ne comprenait pas, disait-on, comment la tête humérale, lisse, polie, sphérique, lubréfiée par la synovie, peut se maintenir sur le bord tranchant de la cavité glénoïde; en supposant même un tel déplacement possible, le moindre mouvement devait faire retomber la tête de l'os dans sa cavité; car, ni les muscles, ni la capsule, restés intacts, ne pouvaient opposer de résistance, ni amener jamais de récidives. Quelque peine, enfin, que l'on se donne pour produire cette luxation sur le cadavre, on ne parvient jamais à la rendre stable, et il suffit d'abandonner le membre à lui-même pour que la réduction ait lieu aussitôt. Ces objections n'ont plus aucune valeur, dès qu'on admet la cavité glénoïde déformée, et plus ou moins écrasée à son bord antérieur, ou une altération semblable de la tête de l'humérus; circonstances sans lesquelles on ne peut, je crois, concevoir la luxation incomplète.

En admettant cette sorte de déplacement, comme état primitif, nous aurions donc déjà deux variétés de luxations incomplètes: la première, consécutive aux luxations sous-coracoïdiennes (nous en avons donné plusieurs exemples); et la seconde, récente ou primitive, telle que nous l'avons supposée; nous pourrions encore en indiquer deux autres: celle qui dépend du relâchement musculaire (paralysie incomplète du deltoïde), dont les exemples ne sont pas très rares, et celle qui suit la réduction d'une luxation sous-coracoïdienne, déjà ancienne, lorsque la tête de l'humérus n'étant pas convenablement soutenue en avant, se porte dans ce sens en glissant un peu sous l'apophyse coracoïde, et s'abaisse d'un demi-pouce environ au dessous de l'acromion, de manière à constituer une véritable luxation incomplète, comme j'en possède deux exemples; genre de déplacement consécutif, facile à comprendre, par la déformation de la tête osseuse, l'altération du bord antérieur de la cavité glénoïde, l'absence du bourrelet glénoïdien, etc., etc.

Il existerait donc quatre variétés de luxations incomplètes de l'épaule: A, la primitive ou récente, ce serait la plus rare, et nous l'avons plutôt supposée qu'admise; B, celle qui dépend du relâchement des muscles élévateurs; C, celle qui est consécutive à la réduction d'une luxation sous-coracoïdienne; D, enfin, celle qui résulte des changemens survenus dans la forme et la situation des os, à la suite des déplacemens sous-coracoïdiens anciens et non réduits, seule variété extrêmement fréquente, et que l'on peut reconnaître pendant la vie (*Voy.* Obs. I, II et III).

Jusqu'ici, nous n'avons présenté que des exemples de luxations sous-coracoïdiennes anciennes, qui touchaient à la question des déplacemens incomplets; étudions maintenant la luxation sous-coracoïdienne récente; en voici une observation, publiée par le docteur Crampton (1), sous le nom de *luxation primitive en avant*; mais la planche qui l'accompagne, et les propres termes de l'auteur, démontrent clairement qu'il s'agissait d'un déplacement sous-coracoïdien.

Ve Observation. — James Wilson, âgé d'environ trente ans, tomba dans un four à chaux, encore brûlant; on l'enleva au moyen de cordes; mais au moment où il touchait le sommet du four, il fit une nouvelle chute de quinze pieds de hauteur sur les pierres en feu. Aussitôt qu'il eut été dégagé de cette épouvantable situation, il fut transporté à l'hôpital où il reçut tous les soins possibles. Il avait une luxation de l'humérus sous le grand pectoral, et des plaies et des brûlures fort étendues.

M. M'namara réduisit l'os à lui seul, en tirant le bras en avant et en bas, tandis qu'il poussait la tête osseuse vers la cavité glénoïde. Le malade mourut le jour même, et la dissection de

(1) *On pathologie of dislocations of the os humery.* Dublin, med. journ., 1833.

l'épaule montra les lésions suivantes : Aucun muscle n'était rompu, aucun tendon séparé de ses insertions à l'humérus ; un léger effort reproduisait le déplacement, et les muscles pectoraux enlevés, on aperçut la tête humérale logée sur le col du scapulum, à la base de l'apophyse coracoïde, et s'étendant presque jusqu'à la gouttière de la première côte ; elle passait à travers une déchirure du ligament capsulaire, au dessus du bord supérieur du tendon du muscle sous-scapulaire, détachant ce muscle de ses connexions, et poussant ses fibres en bas, de manière qu'elles formaient une courbe qui embrassait en partie le col de l'humérus ; les muscles sus et sous-épineux étaient tendus, mais n'avaient souffert aucune altération. Le tissu cellulaire qui couvre leurs tendons était fortement ecchymosé, et marquait distinctement leur trajet ; en réduisant la tête de l'os, on voyait l'ouverture de la capsule qui lui avait donné passage. Cette ouverture était produite par la séparation de la capsule du bord interne (antérieur) de la cavité glénoïde, depuis son sommet jusqu'en bas ; elle était bornée en haut par le tendon du sus-épineux, et en bas par le bord inférieur du tendon du sous-scapulaire. Cette ouverture n'était pas plus étendue qu'il ne fallait pour laisser passer facilement la tête de l'os ; toutefois la partie inférieure de la capsule était intacte (*Voy.* pl. IX).

Cette observation confirme les résultats des expériences sur le cadavre, et montre la même position de la tête osseuse et les mêmes lésions de la capsule et des muscles. Dans tous les cas, en effet, de même que Sue et Chopart, Motte et moi, nous avons trouvé la capsule déchirée, quelques fibres du sous-scapulaire refoulées en dedans, et les muscles sus et sous-épineux et petit rond intacts ; ils étaient fortement tendus sur la cavité glénoïde, dont ils n'étaient séparés que par la capsule, qui, restée entière entre ses insertions au bord postérieur de la cavité glénoïde et à la grosse tubérosité humérale, formait constamment leur rapport. Cette disposition suffit pour prouver que la tête de l'humérus ne peut les rencontrer devant elle au moment de sa réduction ; car ils se rétractent en proportion du trajet qu'elle parcourt ; mais nous reviendrons plus tard sur cette remarque.

Etat des cartilages et de la membrane synoviale dans les luxations sous-coracoïdiennes.

Notre seconde observation nous a montré les surfaces articulaires privées de cartilage et de périoste, comme éburnées, et jouant, dans cet état, l'un sur l'autre à la suite d'une luxation accidentelle. Ce n'est pas un fait rare, et pareille disposition se rencontre fréquemment dans les fausses articulations coxo-fémorales. M. Lobstein (1) l'a indiquée comme moyen de diagnostic entre les luxations par causes externes et les luxations spontanées : dans le premier cas, dit-il, le cartilage articulaire persiste ; dans le second, on ne le rencontre plus, résultat nécessaire de l'état morbide de l'articulation. Si l'on veut admettre cette doctrine, il faut en restreindre beaucoup l'application, puisque nous rapportons ici un exemple de déplacement accidentel, où les cartilages articulaires avaient disparu ; et, pour répondre à l'objection que l'articulation a pu devenir le siége de quelque maladie qui aurait déterminé ce résultat, nous ajouterons que chez deux malades, auxquels j'ai réduit des luxations accidentelles anciennes, on entend les surfaces osseuses dénudées frotter l'une sur l'autre, sans cartilage ni périoste intermédiaires.

Quelquefois il se développe dans la fausse cavité articulaire une substance semi-cartilagineuse, épaisse, élastique, un peu rugueuse, qui remplace le cartilage (*Voy.* Obs. I), et alors la tête osseuse n'est pas complétement dénudée.

(1) Lobstein, *Traité d'anatomie pathologique.*

PLANCHE IX.

Luxation sous-coracoïdienne.

A. Deltoïde.

B. Scapulum

C. Tête de l'humérus.

D. Corps de l'humérus.

E. Sous-scapulaire.

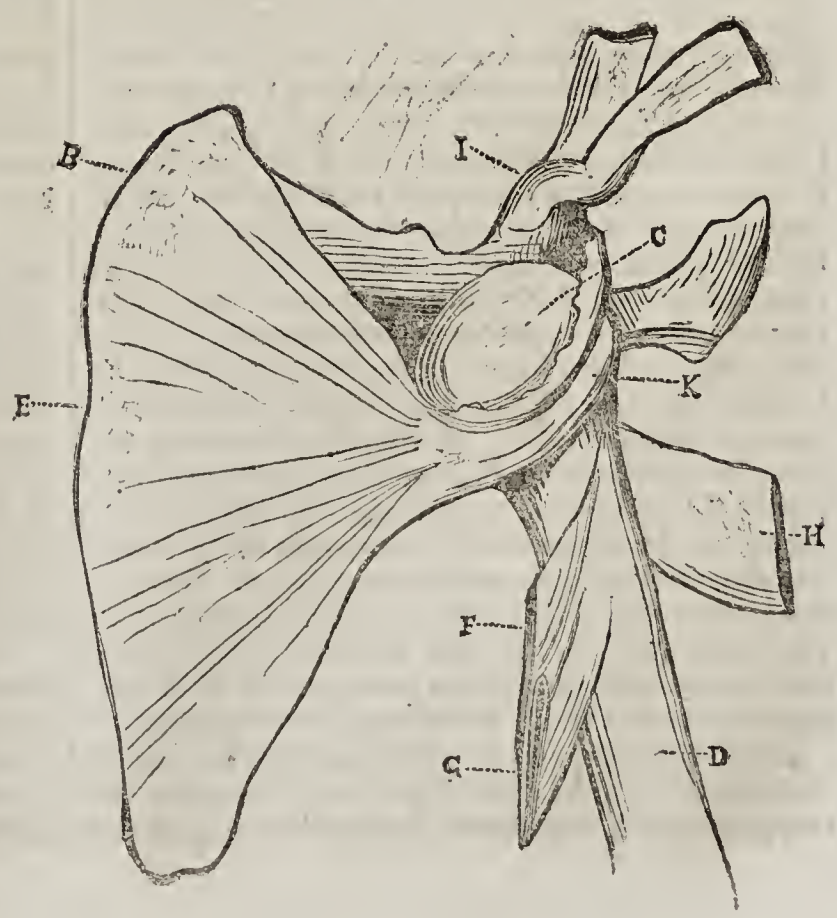
F. Grand rond.

G. Grand dorsal.

H. Grand pectoral.

I. Apophyse coracoïde.

K. Bord du ligament capsulaire déchirée.



Crampton ; Dublin, med. jour.

En général, on trouve dans toute fausse articulation une membrane synoviale, ou une trame celluleuse qui lui ressemble et en tient lieu; seulement sa continuité n'a pas un caractère constant. Lorsque les surfaces osseuses sont à nu, il est évident qu'elles ne sont pas recouvertes d'une synoviale, et cependant les autres parties de l'articulation en paraissent pourvues.

Etat des os.

On ne s'est pas occupé de la position absolue de la tête humérale dans les luxations du bras, et cependant son étude est indispensable pour expliquer la direction du bras, l'état de rotation où se trouve la main, etc. La portion sphérique ou articulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus est celle qui se présente la première dans le sens où s'opère la luxation; cela dépend de la position du bras au moment de l'accident, des résistances des muscles qui entourent l'articulation, et de la force du ligament capsulaire, qui ne cède que devant la pression directe de la tête osseuse. Les luxations sous-coracoïdiennes arrivent ordinairement le bras étant élevé et écarté du corps, et poussé par la cause vulnérante en bas et en dedans; mais, fussent-elles déterminées par un effort direct sur l'épaule, les muscles sus et sous-épineux et petit rond agissent sur la grosse tubérosité, à laquelle ils s'insèrent, la retiennent dans leur direction, et font rouler l'humérus de manière à faire saillir en dedans, et la première, sa surface articulaire. La capsule produit le même effet; car si l'extrémité humérale était portée en avant pendant que sa portion sphérique regarderait en arrière, elle serait retenue par près de la moitié du ligament capsulaire (moitié postérieure), qui opposerait une très grande résistance. Dès lors la portion sphérique est dirigée en avant, et, rencontrant devant elle la capsule, elle appuie sur elle, et la rompt ou la détache sans beaucoup de difficultés, parce que l'effort entier porte sur un seul point. Les expériences cadavériques confirment ce fait; on ne détermine de déplacement qu'en imprimant au membre un mouvement de rotation violent dans le sens où l'on veut l'effectuer. Dès que la capsule est déchirée, la tête osseuse s'engage à travers cette ouverture, glisse sous le tendon et les fibres du muscle sous-scapulaire, et vient s'appuyer sur le col du scapulum, et le commencement de la fosse sous-scapulaire; elle touche immédiatement la base de l'apophyse coracoïde, dont l'extrémité ou bec se trouve un peu au dessus du trochiter; elle répond par son collet au bord antérieur de la cavité glénoïde; le trochin (grosse tubérosité) regarde en dehors, en haut et en arrière, et dépasse le niveau de la surface articulaire du scapulum. Le coude est écarté du corps et dirigé un peu en arrière, en raison du tiraillement de la capsule et de celui des muscles sus et sous-épineux, et de l'action des petit et grand ronds et grand dorsal; l'avant-bras est fléchi par le biceps; la main tournée un peu en dedans, est privée de la supination par la fixité de la tête de l'humérus.

La réduction peut être rendue difficile par le contact de l'apophyse coracoïde, et l'espèce de réception ou d'engrenure du bord antérieur de la cavité glénoïde avec le collet de la tête de l'humérus. Aussi, en dirigeant le bras directement en haut, on est arrêté par l'apophyse coracoïde, et, si on le pousse directement en dehors, on augmente l'engrenure des os, et par conséquent l'obstacle. Il faut donc abaisser un peu l'humérus, et le porter en avant pour le dégager, et pouvoir ensuite le conduire vers sa cavité.

Si la luxation n'est pas réduite, les os se déforment et se moulent l'un sur l'autre, comme nous l'avons dit en parlant des déplacemens incomplets consécutifs. Ces altérations sont plus rapides si des mouvemens répétés ont lieu: aussi le membre doit-il être tenu immobile dans l'intervalle des tentatives de réduction, ou lorsque, après avoir échoué dans ses essais, on adresse le malade à un autre chirurgien; de cette manière, on a moins à craindre les récidives après avoir remis l'os en place. Ce précepte n'est pas toutefois applicable aux cas où il faut combattre la rigidité des parties molles dans une luxation ancienne, etc. Les os déplacés s'atrophient selon leur longueur et leur circonférence; résultat extrêmement lent et nécessaire à connaître, pour éviter des erreurs de diagnostic. Lorsque le cartilage articulaire a disparu, la surface osseuse est ordinairement pointillée, grenue, érodée, surmontée à sa circonférence de tubercules osseux, et on pourrait penser qu'il y a eu carie; il n'en est rien cependant, ces apparences dépendent d'une absorption interstitielle.

La cavité glénoïde se déforme également à la longue; son bord antérieur, s'aplatit, s'affaisse, et se lie au col du scapulum pour former la nouvelle cavité articulaire, quelquefois même (*V.* IIe Obs.) toute la cavité glénoïde y participe, et alors il n'y a plus de réduction possible, et la seule indication, si on a reconnu l'état des parties, est de chercher à augmenter la mobilité; on y parvient au moyen des frictions, des embrocations, des douches, et surtout de l'exercice, qui peut disposer convenablement les os en rapport, et allonger assez l'appareil ligamenteux, pour rendre à la fausse articulation un jeu étendu. Dans l'état normal, le bras ne s'élève pas au delà d'un angle droit sur l'omoplate; une plus grande élévation dépend en presque totalité du scapulum. Dans les luxations sous-coracoïdiennes non réduites, les muscles élévateurs ne sont pas dans des conditions absolument défavorables, et s'ils pouvaient vaincre la résistance des fibres ligamenteuses courtes et épaisses qui retiennent les os en contact, la mobilité se rétablirait, au moins en partie, et l'apophyse coracoïde remplacerait, bien qu'imparfaitement, l'acromion. Les efforts du chirurgien devraient donc tendre vers ce but, auquel il parviendrait, par un exercice constant et convenablement combiné. En voici un exemple, et je le cite ici, parce qu'il montre la possibilité de constater sur le vivant les altérations que nous avons déjà décrites.

VIe Observation. — Mlle J. G., âgée de douze ans, me fut présentée, en juillet 1833, pour une luxation de l'épaule droite, datant de trois ans. A la suite d'une chute, cette enfant s'était plaint d'une vive douleur à l'épaule, avec difficulté des mouvemens, et impossibilité de

lever le membre. L'accident ayant été méconnu, des frictions, des linimens, quelques sangsues, un vésicatoire, furent prescrits pendant trois mois, et le membre soutenu dans une écharpe; au bout de ce temps, l'émaciation du membre était telle, que de nouveaux médecins furent consultés; ils constatèrent une luxation, et la déclarèrent irrémédiable, en raison de son ancienneté.

A l'examen, je trouvai l'humérus dans une forte rotation en dedans; le plus grand effort en sens contraire parvenait seulement à placer les condyles de champ; par conséquent, le pli du bras était tourné en dedans, et ne pouvait devenir antérieur; la malade peut seulement élever les doigts à la hauteur du nez, en les étendant le plus possible, et en baissant la tête pour aller au devant d'eux; lorsqu'on aide ce mouvement, en tirant sur le bras, les doigts dépassent les sourcils de quelques lignes.

Vue de face, l'épaule droite est plus petite et plus courte que l'épaule gauche, difformité appréciable pour les yeux le moins exercés. Du milieu du bord supérieur du sternum, à la tangente externe du moignon de l'épaule, on compte à gauche cinq pouces six lignes; à droite quatre pouces onze lignes. Du milieu de l'acromion, au sommet de l'olécrane, à gauche huit pouces trois lignes; à droite sept pouces six lignes. Ces mesures indiquent le défaut de l'épaule droite, et le raccourcissement du bras de ce côté, symptôme insolite, dû à l'atrophie de l'humérus.

On peut enfoncer les doigts au dessous de l'acromion, qui est le point le plus saillant de la région deltoïdienne; mais au lieu d'arriver sur la cavité glénoïde, on tombe sur la tête de l'humérus, qui est aplatie, et se prolonge en arrière, de manière à recouvrir son ancienne cavité normale. Les mouvemens imprimés au bras, et suivis avec les doigts, ne laissent aucun doute à ce sujet. L'apophyse coracoïde soulève les tégumens, et au dessous d'elle se rencontre une portion de la tête de l'humérus; ces deux saillies osseuses se confondent dans une même éminence; mais on les distingue en remuant légèrement le bras. Ce cas, offre la plus parfaite analogie avec notre seconde observation, et l'on peut, je crois, assurer que la tête de l'humérus primitivement luxée sous l'apophyse coracoïde, s'est mise peu à peu en rapport avec toute la surface glénoïdale, en s'amincissant et se prolongeant en arrière.

L'indication me parut être de rétablir les mouvemens; deux fois par jour, le membre fut soumis à une traction d'abord légère, mais dont on augmenta successivement la force et la durée, des embrocations chaudes, des douches simples, puis alcalines, des applications émollientes, servaient à diminuer la douleur, à prévenir l'engourdissement, à empêcher l'inflammation; on joignit à la traction un effort d'élévation sur le membre rendu continu, ou gradué, au moyen d'un appareil de poulies. Après deux mois de ce traitement, qui ne fut pas toujours très ponctuellement exécuté, Mlle J. élevait la main au dessus du front, et avec un peu d'aide, elle pouvait la porter au dessus de sa tête; le membre était plus fort et moins froid; mais la lenteur de la guérison, les plaintes de la jeune malade, dont la santé cependant, loin d'avoir souffert, s'était améliorée; l'ennui d'un assujétissement de tous les jours, fatiguèrent les parens, qui ne voulurent pas continuer plus longtemps le traitement indiqué.

Une dernière remarque sur les altérations des os s'applique aux fausses cavités articulaires, développées sur le col du scapulum et la fosse sous-scapulaire; ces cavités ne paraissent pas résulter de l'usure et de l'excavation de l'omoplate, mais d'un dépôt osseux qui s'opère autour de la tête de l'humérus, de manière à produire une cavité plus ou moins profonde, sans diminution de l'épaisseur de l'omoplate; le mécanisme de ce dépôt, ou rebord osseux, est aussi simple que curieux, et je l'ai exposé dans un autre mémoire.

On parle souvent de l'ankilose, comme d'un accident consécutif aux luxations; je ne crois pas qu'il s'en forme de complète à la suite des déplacemens de l'épaule; mais le contact des os peut devenir si étroit, qu'il a pu la simuler.

État des ligamens.

Dans nos deux premières observations, et dans tous les cas de luxations sous-coracoïdiennes anciennes que j'ai pu recueillir, un ligament capsulaire complet entoure la tête de l'humérus, la cavité glénoïde et la nouvelle ou fausse cavité articulaire; c'est un fait constant, qui mérite explication. Au moment où le déplacement s'opère, le ligament capsulaire normal est rompu ou détaché à ses insertions humérale ou scapulaire, du côté où se fait la luxation, et la tête humérale se porte en partie ou en totalité au delà de cette déchirure, dont elle tend les bords sur elle-même; c'est une disposition bien importante à établir, parce que, mal comprise, elle a été la source d'une foule d'erreurs. La tête de l'humérus n'est pas renfermée dans le ligament capsulaire, comme un corps libre qui jouerait dans une cavité, dont il pourrait s'échapper dès qu'une fente ou une ouverture assez large lui donnerait passage; elle reçoit à son col les insertions de ce ligament, et à moins qu'elle n'en soit complétement séparée, ce qui est impossible dans les luxations sous-coracoïdiennes, elle l'entraîne nécessairement après elle par les portions d'attaches restées intactes. De là, cette remarque fondée sur la dissection de luxations récentes, et sur une foule d'expériences cadavériques: la capsule se déchire dans le sens où la presse la tête de l'humérus au moment de la luxation; ainsi, dans tous les déplacemens en avant, c'est dans ce sens que la capsule est rompue. Cette rupture a lieu le plus souvent au bord antérieur du col du scapulum; souvent aussi, près du col huméral, plus rarement dans le milieu de cet espace. Supposons le premier cas, qui est le plus fréquent, la tête de l'humérus s'échappe de sa cavité, en s'entourant du tendon et de quelques fibres du muscle sous-scapulaire, qui forment avec le tissu cellulaire ses nouveaux rapports, à défaut de la capsule; mais cette dernière est intacte en arrière, ses insertions au côté postérieur du col huméral et du scapulum sont entières; elle suit le mouvement de déplacement de l'humérus, et établit une espèce de pont sur l'ancienne et la nouvelle

cavité articulaire; si la luxation n'est pas réduite, les bords déchirés de la capsule, qui sont restés appuyés sur la tête humérale, contractent des adhérences avec le tissu cellulaire et le muscle sous-scapulaire, et se continuent dès lors avec ces parties; celles-ci en contact avec la tête osseuse, et subissant ses mouvemens, deviennent de plus en plus denses, puis fibreuses, puis ligamenteuses, et finissent par ne différer en aucune façon de la véritable capsule, qu'elles prolongent et qu'elles remplacent. Aussi les dissections montrent-elles que le ligament capsulaire a toutes ses insertions normales, à l'exception de celles qui entourent la tête de l'humérus dans sa nouvelle situation sur le scapulum d'où elles prennent naissance, et qui sont dues en grande partie à la transformation des fibres du muscle sous-scapulaire, en tissu ligamenteux.

Si la luxation est encore récente, et qu'on veuille en opérer la réduction, il est évident qu'on ne peut conduire la tête de l'humérus vers un point de la capsule, autre que celui de sa déchirure, comme le prétendent la plupart des auteurs qui recommandent de la ramener par le même chemin qu'elle a suivi en se luxant, afin de ne pas la présenter à une portion de capsule restée entière. Si on dirigeait la tête de l'humérus vers un autre point de la cavité glénoïde, que celui par où elle est sortie, on augmenterait la déchirure du ligament capsulaire, qui suit les mouvemens de l'humérus auquel il s'insère, et ne peut se présenter intact devant lui. Aussi, le précepte de ramener une luxation consécutive à l'état de luxation primitive, avant d'opérer la réduction, n'a-t-il servi qu'à obscurcir la science, et à créer des obstacles dans la pratique, comme nous le démontrerons.

Toutefois le ligament capsulaire ne joue pas un rôle complétement nul, et il peut devenir une source de difficultés pour la réduction; dans les luxations récentes, il ne s'oppose pas à la rentrée du membre dans sa cavité, si la direction que l'on donne à l'humérus et la rotation qu'on lui imprime sont dirigées de manière à ne pas agir sur lui; alors, en effet, la capsule se trouve relâchée, et la réduction est facile; mais si l'on opère l'extension de manière à tirer sur le ligament capsulaire, on se crée de grands obstacles; tantôt ils proviennent de ce que la traction est exercée sur tous les points de la capsule, qui résiste en raison de sa solidité qui est considérable; tantôt de ce que faisant porter la force sur une des extrémités de la déchirure du ligament, l'ouverture de celui-ci est fort tendue, et étrangle en quelque sorte la tête de l'humérus, dont elle embrasse le col. Ces obstacles n'existent pas d'eux-mêmes, on se les crée par de fausses manœuvres, et c'est à l'opérateur habile à savoir les éviter.

On a dit que la tête osseuse, en rentrant dans sa cavité, pouvait pousser devant elle une portion déchirée de la capsule qui gênait le rétablissement des mouvemens; voici comment cette circonstance se présente sur le cadavre : la capsule, au lieu de se détacher du scapulum, s'est séparée plus ou moins près de l'humérus, et celui-ci s'échappe de sa cavité en refoulant au dessous de son col le lambeau capsulaire; c'est ce même lambeau, ou plutôt cette portion de la capsule, qui peut être poussée vers la cavité glénoïde, au moment de la réduction; mais il suffit de soulever un peu l'humérus, et de lui imprimer quelques mouvemens de rotation, pour étendre le ligament et le dégager. Toutes ces dispositions de la capsule se vérifient aisément sur le cadavre, et on doit y ajouter d'autant plus de foi, que l'état des ligamens diffère peu, dans un déplacement opéré pendant la vie ou après la mort, et que les expériences de Sue et Chopart, celles de Motte, et les nôtres propres, ont constamment donné les mêmes résultats et confirmé les dissections de luxations récentes.

Les obstacles sont plus sérieux dans les luxations de quelque ancienneté, et ils augmentent, comme tous les praticiens l'ont remarqué, en raison de la longueur du temps écoulé depuis l'accident, mais, quels sont-ils? Nous avons déjà étudié ceux qui tiennent aux déformations osseuses, voici ceux qui dépendent de la capsule : ce ligament, comme tous les tissus fibreux, a une tendance naturelle à s'accommoder aux nouvelles situations où il se trouve placé; aussi revient-il sur lui-même par une force de contractilité lente, dans tous les points où il est relâché; et après un certain temps, il est partout tendu et moulé sur les parties, avec lesquelles il contracte des adhérences intimes; c'est alors que les grands mouvemens de Desault pourraient produire un effet favorable; les extensions bien faites sont aussi d'une grande utilité, et en fixant solidement l'omoplate, et se servant du bras en guise de levier, on parvient à allonger ou à déchirer les adhérences trop étroites, et principalement celles de la nouvelle capsule; c'est surtout vers la partie inférieure de la fausse articulation, que ces adhérences offrent le moins de longueur et le plus de résistance, et mon appareil de réduction possède, pour les détruire, les conditions les plus favorables (1).

Lorsque les luxations sont très anciennes, ces dispositions s'exagèrent, le ligament capsulaire devient de plus en plus dense, et permet à peine aux surfaces articulaires de s'éloigner l'une de l'autre; aussi, tous les efforts de réduction que l'on pourrait tenter, soit avec des aides, soit avec des machines, sont alors inutiles, et si l'on voulait augmenter la mobilité de l'articulation, il faudrait avoir recours à des tractions méthodiquement combinées et long-temps soutenues (*Voy.* VIe Obs.), pour allonger graduellement le tissu ligamenteux et lui rendre un peu de souplesse.

État des muscles. — En général, tous les muscles de l'articulation et leurs tendons restent intacts, à l'exception de quelques fibres du sous-scapulaire refoulés par l'humérus. Le tendon de ce dernier recouvre en partie la tête osseuse, et il peut aussi la brider vers son col, comme nous l'a montré la cinquième observation (*V.* Ve Obs. et pl. IX); mais il suffirait d'un léger mouvement de rotation en dedans, pour le mettre dans le relâchement et faire disparaître

(1) Voir mes Mémoires sur une luxation du bras en arrière, réduite au bout de plus d'une année, et de l'emploi du moufle et du dynamomètre dans le traitement des luxations.

l'étranglement. Les muscles sus et sous-épineux, et petit-rond, sont tirés par l'humérus dans le sens du déplacement; on les trouve fortement tendus, et recouvrant la cavité glénoïde, dont ils ne sont séparés que par le ligament capsulaire. C'est probablement à leurs tractions continues qu'il faut attribuer dans les luxations anciennes le déplacement incomplet consécutif que nous avons signalé (*V.* Ire et IIe Obs.), déplacement qui ramène le côté externe de la tête humérale au devant de la cavité glénoïde, et replace la grosse tubérosité (trochin) dans une position à peu près normale.

Ces muscles peuvent, dans les luxations récentes, s'opposer à la réduction, le sous-scapulaire en se contractant sur l'humérus et empêchant qu'on ne puisse le porter en dehors, les sus et sous-épineux et petit-rond, en pressant la tête osseuse contre le rebord de la cavité glénoïde, et ne permettant pas de la dégager; mais, dans aucun cas, ils ne peuvent constituer un obstacle mécanique intermédiaire entre l'humérus et sa cavité; c'est une erreur qui avait été également commise pour le ligament capsulaire, et nous l'avons déjà combattue; elle est ici encore plus palpable, et on ne peut la mieux faire sentir, qu'en comparant les muscles qui entourent l'articulation à des rubans élastiques; dans quelque sens que l'on dirige la tête humérale, on aura des muscles relâchés et d'autres tendus; mais, au moment de la réduction, on ne rencontrera jamais de portions musculaires contre lesquelles heurterait la tête osseuse, parce que les muscles se contractent devant elle, et tendent à reprendre leur longueur naturelle. Les résistances dépendraient plutôt dans les luxations anciennes, des muscles qui, ayant été mis dans le relâchement au moment de l'accident, sont revenus sur eux-mêmes, et se sont raccourcis; il doit être alors difficile de les allonger; cependant je ne me suis pas aperçu qu'il en soit ainsi dans les vieilles luxations observées sur le cadavre; on les réduit assez aisément après avoir détruit les obstacles du tissu ligamenteux. Dans le déplacement sous-coracoïdien, le sous-scapulaire serait le seul muscle rétracté, et il n'aurait d'autre action possible après la réduction, que de maintenir quelque temps l'humérus dans la rotation en dedans, disposition qui céderait bientôt sous l'influence de l'exercice.

Le tendon de la longue portion du biceps ne s'échappe pas de la coulisse bicipitale dans la luxation sous-coracoïdienne, au moins n'en a-t-on rapporté aucun exemple; et je ne crois pas qu'il se rompe non plus à son insertion à la cavité glénoïde; les déformations qu'il présente quelquefois s'expliquent mieux par ses nouveaux rapports, et les pressions auxquelles il se trouve soumis, que par une ancienne rupture. Quand aux modifications éprouvées par le muscle sous-scapulaire, pour produire le nouvel appareil ligamenteux, nous nous en sommes occupés, en parlant de l'état des ligamens.

Les conséquences thérapeutiques de l'état des muscles sont : 1° le précepte d'élever l'humérus, et de lui imprimer un léger mouvement de rotation en dedans, pour mettre dans le relâchement les muscles deltoïde sus épineux et sous-scapulaire, et permettre à la tête humérale de rentrer dans sa cavité, où la dirigent les muscles sous-épineux et petit rond, qui aident à la réduction par l'allongement qu'ils éprouvent; 2° de fléchir l'avant-bras, pour éviter la tension du biceps. Si la luxation était ancienne, il faudrait insister sur les mouvemens de rotation, pour dégager la tête osseuse de ses adhérences médiates avec le muscle sous-scapulaire. Je passe sous silence d'autres moyens employés pour favoriser la réduction, tels que la distraction et les débilitans musculaires, parce qu'ils ne se rattachent pas à l'anatomie pathologique

(*La suite à un prochain numéro.*)

SÉDILLOT,
Chirurgien démonstrateur au Val-de-Grâce.

II. OBSERVATIONS SUR LES EFFETS DE LA FRAYEUR CHEZ L'HOMME, *par* J. FRANC, *premier chirurgien-chef interne à l'Hôtel-Dieu Saint Eloi, de Montpellier, etc., etc.*

Tous les médecins sont d'accord à reconnaître les influences diverses des affections de l'âme sur l'économie, et des travaux nombreux ont été faits sur cette question de médecine; mais un des points sur lesquels on a très peu écrit, et qui selon nous mérite la plus grande attention, tant de la part du médecin que du chirurgien, c'est l'influence de la frayeur soudaine ou prolongée sur l'organisation de l'homme.

Les maladies qui résultent de cette affection de l'âme sont si nombreuses que nous sommes convaincus que chaque médecin doit en avoir observé des exemples dans sa pratique. Le vulgaire lui-même, dont les observations sont quelquefois si justes et toujours si peu écoutées par la généralité des philosophes et des médecins, a reconnu parfaitement la plupart des effets de la frayeur et les a toujours traités à sa manière. Comment se fait-il donc que les livres de pathologie ne s'occupent pas des désordres qu'entraîne cette cause puissante? que les dictionnaires de médecine soient muets aux articles *effroi, frayeur?*

Nous allons pour notre part tâcher de démontrer par les faits toute l'importance de cette question médicale?

Jean Vacquier (1), âgé de 35 ans, cultivateur, né à Salles-la-Saurie, Aveyron, célibataire, tempérament bilioso-sanguin, n'avait jamais eu de maladie bien grave, lorsque, dans le courant de l'année 1827, après un travail pénible dans une cave, qui mit tout son corps en sueur, il fut pris d'un refroidissement subit et puis d'une affection de poitrine qui le fatigua sérieusement pendant deux ans; au bout desquels toutefois sa maladie disparut complétement.

Il avait repris déjà ses occupations habituelles, lorsque, vers le mois de juin 1830, pour satisfaire le bizarre caprice de connaître la capacité de son canal urétral, il s'introduisit dans la verge une espèce de jonc tendre qu'il retira ensuite avec peine : il s'aperçut bientôt, aux

(1) Nous avons rédigé cette observation d'après les notes écrites de notre collègue et ami M. Bermondet et M. Verdier.

souffrances qu'il éprouva dans la vessie, que le jonc s'était rompu et avait laissé dans l'intérieur de ce viscère une portion qu'il évalua à la longueur d'un pouce. Cette circonstance l'affligea vivement, mais malgré les efforts qu'il fit pour s'en débarrasser il ne put réussir à rejeter le corps étranger par les urines. Il resta un mois en proie à des souffrances qui se réveillaient très vives au col de la vessie au moment où il urinait : il fit usage pendant ce mois de bains, de tisanes nitrées, et bientôt il sortit du canal de l'urètre, pendant l'émission des urines, un petit fragment de jonc enveloppé dans des couches terreuses. Depuis ce temps il en est sorti fréquemment, à des intervalles plus ou moins rapprochés, d'autres fragmens d'un petit volume et friables, et d'une odeur fétide. — Les douleurs qu'éprouvait le malade se bornaient à des élancemens douloureux au périné quand il fatiguait, et à de vives cuissons au col de la vessie pendant qu'il urinait. Il ne cessa de travailler que pendant une huitaine de jours, après quoi il réclama les soins de M. Anglade, qui le sonda et lui conseilla d'aller à Montpellier pour se faire opérer ; le malade se rendit facilement à ces raisons et se présenta à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, le 6 avril 1831.

A son arrivée, le malade ne paraissait pas épuisé par des souffrances antécédentes, il urinait facilement et à plein canal, mais depuis quelque temps il était obligé de pisser très souvent.

Il fut couché au n° 2 de la salle Saint-Eloi, à côté d'un malade calculeux comme lui. Ce dernier, dont la pierre était volumineuse, fut opéré de la taille et mourut dans la nuit du 19 au 20. Vacquier ne put dissimuler l'impression qu'il éprouva d'abord de cette circonstance, et ses angoisses s'exprimèrent par une espèce de fixité de pensées dont on ne le détournait qu'avec difficulté. Il fut pris aussi d'une espèce de tremblement nerveux dans tous ses membres qui n'avait pas été observé jusques là. Cependant le malade témoignait à la visite une espèce de sécurité qui n'était pas dans son âme. Le 19 avril il fut sondé et l'on reconnut la présence du calcul (quart; tisane de graine de lin).

M. Lallemand se propose d'opérer la lithotritie à cause de la friabilité de la pierre.

20 avril.—On introduit une sonde que l'on laisse à demeure pour la dilatation du canal. Pendant la nuit du 20, le malade songe qu'il était emporté violemment dans la salle des opérations, et que là, sans qu'il pût crier pour se plaindre et faire des efforts pour se soustraire au supplice qu'il allait subir, il avait été opéré avec des instrumens rougis au feu.

21.—La verge est rouge et tuméfiée, elle a triplé de volume et est d'une sensibilité extrême; le malade a retiré la sonde dont la présence l'incommodait à cause du gonflement de la verge ; le bec quand il l'a retirée a entraîné un peu de sang.

22.—La tuméfaction augmente à la verge et s'étend aux bourses qui sont distendues et d'un rouge presque lie de vin ; M. Lallemand pratique plusieurs scarifications sur le dos de la verge et sur les bourses, pour dissiper la tension inflammatoire.

23.—Tout démontre que la verge et les bourses sont envahies par un érysipèle gangréneux. Il n'y a point d'infiltration urineuse comme semblait le faire croire l'odeur d'urine qu'exhalaient les parties : cette supposition est d'ailleurs rendue impossible par la siccité des ouvertures pratiqués avec le bistouri.-- L'engorgement des parties est le même, la rougeur est tout à fait brune (cataplasmes).

24 — Une escharre commence à se former au milieu du dos de la verge.

25 et 26.—Les accidens inflammatoires n'ont pas diminué ; une escharre très large s'est formée à la partie moyenne et inférieure des bourses. L'avant-bras droit du malade présente à sa partie inférieure et interne une tumeur diffuse avec coloration rouge de la peau, ayant les mêmes caractères que l'inflammation erysipélateuse du scrotum et de la verge ; la jambe droite offre à sa partie moyenne et externe une tumeur inflammatoire de même nature. — Le malade est pris de dévoiement (un gros de diascordium matin et soir. Potion avec le sirop de quinquina).

27 et 28.—La face est crispée, le pouls est concentré, le malade a peu dormi ; l'escharre de la verge a fait tout le tour dans sa longueur, celle du scrotum est très large (douze pilules de sulfate de quinine de deux grains chacune, décoction de quinquina, deux onces vin de quinquina).

29. — L'affection cutanée qui se développait aux membres a cessé simultanément avec la diarrhée ; au reste, le malade reste à peu près dans le même état depuis le 30 avril jusqu'au 6 mai ; on excise chaque matin au pansement des portions gangrénées de la peau qui recouvre la verge et les testicules. Aujourd'hui ceux-ci sont à nu (trois pots de décoction blanche).

7 et 8 mai.—Du tissu cellulaire nouveau remplace les tégumens excisés pour les réparer, on enlève encore quelques lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

9.—Les testicules sont à nu et très rouges, on les recouvre ainsi que toutes les parties dénudées de plumasseaux enduits de cérat.

10, 11 et 12.—Même pansement, le malade souffre beaucoup en urinant, il se plaint aussi de sentir aux jambes et aux bras une chaleur cuisante. — L'examen de ces diverses parties montre que des abcès s'y sont formés presque à la sourdine, et pendant que l'attention était absorbée par les accidens survenus aux parties génitales.

M. Lallemand ouvre un de ces abcès développé à la partie externe de l'articulation du genou gauche, qui donne issue à deux grands verres de pus bien lié. Non loin de là, et un peu au dessus de la rotule, se trouve un autre abcès moins volumineux et qui fournit proportionnellement à son volume presque autant de pus que le précédent. En examinant le bras du même côté, c'est-à-dire le gauche, on reconnaît qu'il existe une autre collection à l'avant-bras ; on est étonné de la grande quantité de pus qui s'échappe d'abord lorsque la lancette a piqué. Un quatrième abcès est ouvert également à la région externe et supérieure de la jambe droite. Des mèches de charpies sont introduites dans les ouvertures de chacun de ces abcès.

13.— A l'avant-bras droit s'est manifesté une

autre tumeur dont l'ouverture a donné issue à une grande quantité de pus ; cet abcès comme les autres s'est manifesté là où des érysipèles s'étaient déclarés. — On panse les autres abcès avec des cataplasmes après avoir préalablement introduit des mèches dans leur ouverture.— Le malade a trop mangé et a eu une indigestion ; fièvre, sueurs nocturnes, détérioration évidente. —Il est facile de reconnaître qu'il ne pourra pas suffire aux pertes qu'il fait chaque jour et qu'il est destiné à périr (diète, tisane de riz, un gros de diascordium matin et soir).

14.—Le malade a toujours le dévoiement ; il s'affaiblit d'une manière sensible. — Le pus fourni par les abcès est considérable ; on exerce la compression avec avantage sur les points où le pus aurait pu fuser.— L'état des parties génitales est le même qu'hier.

15.—Le dévoiement a cessé.—Un nouvel abcès s'est formé à la partie supérieure et interne de l'avant-bras droit, il est ouvert, il s'en écoule une grande quantité de pus.

16.—On ouvre encore un nouvel abcès formé à la partie inférieure de l'avant-bras gauche : la diarrhée est revenue quoique la diète ait été gardée. — La verge et les testicules sont dénudées ; le travail réparateur se fait régulièrement mais avec lenteur : la présence du calcul tourmente le malade et le fait uriner avec beaucoup de difficultés.

17.—Le pus qui s'écoule des abcès est ténu, fétide; il contient des gaz qui se dégagent en bulles. En examinant les membres où les abcès ont été ouverts, on voit que les articulations elles-mêmes ont été attaquées par cette dissolution putride en laquelle le malade semble se fondre.—La plaie du scrotum et de la verge est sèche, le travail inflammatoire est suspendu, le pouls est accéléré , la langue sèche, la soif intense.

18.— Le pus fourni par les abcès ouverts est mêlé d'une grande quantité de sang noir et fétide ; la décomposition de tous les tissus va en augmentant ; le malade est inquiet et désespère de son sort ; son amaigrissement et sa faiblesse sont extrêmes.

19 et 20.—Les symptômes sont de plus en plus graves.

Le malade meurt le 21 mai à deux heures du matin.

Autopsie.—M. Lallemand a profité de cette occasion pour faire la lithotritie. La pierre était très friable et aurait été broyée sur le vivant avec facilité, si des complications funestes n'avaient mis fin aux jours du malade.

Après des manœuvres pour le broiement qui ont duré environ une demi-heure, M. Lallemand a ouvert l'abdomen et la vessie et a reconnu que la pierre avait été broyée en une infinité de morceaux, parmi lesquels on a trouvé un morceau de jonc de 9 à 10 lignes de longueur.

Le canal de l'urètre, examiné dans toute son étendue, n'a présenté aucune altération.

Pendant que ce fait s'accomplissait dans la salle Saint-Eloi de l'Hôtel-Dieu, et que nous étions à la recherche de la cause puissante qui avait amené tant de maux, et enfin la mort du malheureux Vacquier, une femme se présenta à la clinique avec un érysipèle qui s'étendait à tout le sein droit : plusieurs plaques gangréneuses occupaient la surface du sein et ressemblaient d'une manière frappante aux plaques gangréneuses que nous venions d'observer. En effet, il avait été remarquable dans le fait de Vacquier que les aréoles gangréneuses de la verge et des bourses offraient un aspect général tout particulier; et surtout une coloration spéciale. Chaque plaque, de forme d'ailleurs variable, à bords ondulés, était rouge lie de vin foncée vers le centre, et jaune brunâtre sur les bords. Tout le monde fut frappé de la ressemblance parfaite des plaques gangréneuses du sein de la femme avec celles de la peau des parties génitales de Vacquier.

La malade ayant été ensuite interrogée sur ce qui pouvait avoir donné lieu à cet érysipèle gangréneux, nous raconta que sa maladie ne datait que de deux jours avant son entrée à l'hôpital, et que l'érysipèle avait commencé d'une manière presque subite à la suite d'un effroi qu'elle avait éprouvé en voyant battre très violemment sa fille par son gendre.

Cette malade est restée près de deux mois à l'Hôtel-Dieu pour attendre la chute des escharres gangréneuses et la cicatrisation, après quoi elle est sortie sans éprouver d'autre accident.

Il est facile de comprendre que ce second fait fut pour nous un trait de lumière qui nous conduisit naturellement à reconnaître la cause de la maladie que nous avions observée en premier lieu.

Nous étions en effet restés occupés de ce problème sans pouvoir lui trouver une solution satisfaisante : nous avions songé tout d'abord à une infiltration urineuse résultant de la déchirure du canal, et cette pensée était venue à la tête de tous ceux qui suivaient la clinique à cette époque ; car le malade avait retiré lui-même la sonde qu'on avait mise à demeure pour dilater son canal, et dans cette manœuvre il avait souffert et la sonde avait été extraite avec du sang figé à son bec. Ces circonstances et leur coïncidence avec le développement des accidens, avaient entraîné quelques instans notre pensée vers cette opinion. Mais, en y réfléchissant bien, nous nous expliquions difficilement comment une infiltration urineuse aurait pu donner lieu aux accidens tels que nous venions de les observer. Il était notoire en effet que l'érysipèle s'était développé d'une manière presque subite, que la rougeur et le gonflement de la peau avaient précédé le gonflement des tissus sous-jacens, que les plaques gangréneuses s'étaient développées malgré les débridemens qui avaient été faits, et semblaient par suite être plutôt la conséquence de l'acuité de l'inflammation que de la tension opérée par l'urine dans les tissus sous-jacens : et d'ailleurs, l'inflammation gangréneuse avait commencé par affecter la verge, et s'était ensuite étendue aux bourses ! Evidemment l'infiltratation urineuse ne peut pas donner lieu à des accidens qui se développent de cette manière.

L'infiltration urineuse amène d'abord la tension et puis la rougeur du périné : cette rougeur et cette tension peuvent s'étendre à la verge, mais ce n'est jamais que d'une manière consécutive.

D'autre part, il a été reconnu, après un exa-

men fait avec soin, que les incisions opérées pour diminuer la tension énorme des bourses et de la verge, ne laissaient point écouler d'urine ni de liquide de toute autre nature, que l'odeur urineuse qui était perçue quand on découvrait le lit était due à ce que le malade ne pouvant se remuer et prendre une position commode pour uriner, était obligé d'uriner en place, ce qu'il ne faisait qu'à grand'peine, et en laissant tomber une partie de son urine dans ses draps.

A part toutes les raisons que nous venons de donner, nous devons encore noter, que le malade, malgré les accidens survenus, urinait à plein canal et sans difficulté, sauf toutefois les douleurs que lui causait la pierre qu'il portait dans la vessie.

Maintenant, nous le demandons, est-ce ainsi que les choses se passent lors des déchirures du canal de l'urètre et dans les cas d'infiltration urineuse ?

Evidemment il était impossible de considérer l'infiltration urineuse comme cause des accidens observés.

L'autopsie cadavérique vint encore confirmer ce diagnostic en nous montrant le canal sain dans toute son étendue, c'est-à-dire sans rougeur, sans pus, sans déchirure : la vessie était intacte dans toutes ses parties, seulement un peu épaissie et mamelonnée dans son bas-fond, comme on l'observe chez tous les calculeux.

Il y avait donc lieu à porter notre pensée d'un autre côté et à chercher une cause plus probable des faits qui venaient de se passer.

L'observation de la femme que nous avons rapportée, nous a conduits naturellement à admettre que, dans le cas d'érysipèle gangréneux de la verge et des bourses, comme dans celui des seins, la maladie avait été produite par la *frayeur* ou l'*effroi*.

Que l'on compare avec soin ces deux observations, et l'on reconnaîtra bien vite l'analogie remarquable qu'elles présentent dans leurs causes et dans leurs effets. Vacquier, atteint de la pierre, voit mourir à ses côtés un malade affecté de la pierre comme lui, son imagination s'exalte, sa pensée est tout à l'opération et à la mort qui l'attend. Il est poursuivi la nuit suivante par un cauchemar horrible; il rêve qu'on l'opère malgré lui et avec des instrumens rougis; à cette scène épouvantable succède un état d'angoisse qui ne cesse qu'avec sa vie, car il a la pierre dans la vessie; cette pierre doit le conduire à l'opération, et cette opération à la mort.

Chez la femme, l'effroi a été soudain et il a été aussi très vif : dans un espace de temps presque indivisible, dans une, deux, trois secondes au plus, elle a vu tomber sa fille sous les coups de son gendre, elle a frémi de la voir périr victime de sa brutalité.

Comme on le voit, dans les deux cas, le sentiment de la frayeur a été très violent, aussi des lésions physiques extraordinaires en ont-elles été la conséquence, des érysipèles gangréneux se sont développés subitement chez ces deux malades, mais chez le premier, des érysipèles simples suivis d'abcès se sont manifestés sur les membres; circonstance qui n'a pas été observée chez la femme qui fait le sujet de la seconde observation.

En y réfléchissant, il nous semble que l'explication de ce second fait résulte naturellement des faits observés. Or, chez la femme, la frayeur fut prompte; mais elle dut cesser presque en même temps que son gendre cessa de frapper : tandis que, chez Vacquier, il y avait eu effroi soudain par le cauchemar qu'il éprouva durant la nuit, et puis état d'angoisse et de frayeur pendant la veille, occasionée par la présence de la pierre dans la vessie. Nous pensons que c'est cette frayeur continue qui a donné lieu aux érysipèles successifs qui se sont développés sur les membres.

Maintenant, examinons comment la cause que nous avons admise a agi pour produire l'érysipèle gangréneux et phlegmoneux. Il faut que nous le disions cependant, notre répugnance pour les explications est grande : pour qu'elles aient pour nous quelque importance, il faut qu'elles découlent naturellement des faits; nous allons toutefois en hasarder une dans cette circonstance que nous abandonnerons à votre jugement.

Chaque homme, quel que soit d'ailleurs son courage, a éprouvé une ou plusieurs fois dans sa vie, la sensation subite et profonde appelée *effroi* ou *frayeur*. Nous disons que tout le monde y est sujet, car le courage le plus bouillant et le plus vrai ne préserve pas de la première sensation qu'on ne peut ni prévoir ni calculer.

Or, qu'arrive-t-il chez l'homme atteint d'effroi? L'innervation est comme tout à coup sidérée, la peau se crispe, ses follicules s'érigent, les poils et les cheveux se dressent, le sang abandonne la peau et les organes de la périphérie du corps, pour s'accumuler vers le cœur et les gros vaisseaux qui fonctionnent mal et tumultueusement : la face est pâle, les yeux tendus et immobiles; un frisson glacial parcourt rapidement la peau dans plusieurs régions du corps et dure plus ou moins long-temps. Habituellement, après quelques instans d'angoisse, soit que l'on reconnaisse l'innocuité du danger, soit que le courage excite à le braver, les fonctions se rétablissent vivement, et il se fait une réaction d'autant plus forte que la compression de l'innervation et de l'acte circulatoire a été plus prolongée. Ainsi, nous croyons que c'est à une réaction des plus vives, après un effroi soudain, qu'est dû dans le premier comme dans le second fait le développement de l'érysipèle gangréneux: quant aux érysipèles survenus aux membres chez le premier malade, nous pensons qu'ils ont été causés par des réactions moins fortes consécutives à un état de frayeur habituel, alternant toutefois avec quelques instans de calme. Telle est notre opinion, nous la croyons bonne et fondée, toutefois nous sommes prêts à accepter une explication meilleure si elle nous est offerte.

La frayeur ne produit pas seulement l'érysipèle simple et gangréneux, elle donne lieu encore aux désordres de l'organisme les plus nombreux et les plus variés. Dans beaucoup de circonstances, l'ébranlement nerveux qui en résulte est si considérable, que des fonctions organiques très importantes peuvent en être empêchées ou perverties. Rien de plus commun que de voir, chez la femme, la suppression complète ou incomplète des menstrues, être la

conséquence de l'effroi; et, chose remarquable dans ces circonstances, l'aménorrhée est beaucoup plus difficile à guérir que lorsqu'elle est produite par d'autres causes. Nous avons observé une aménorrhée de ce genre chez la femme d'un facteur de diligence, qui éprouva un violent effroi en apprenant que son mari venait de tomber de l'impériale de la voiture.

Mais les faits qui se présentent le plus souvent à l'observation à la suite de la frayeur, sont des désordres dans les fonctions du système musculaire, c'est-à-dire des mouvemens désordonnés des muscles après l'ébranlement nerveux qui accompagne l'*effroi*.

Nous venons actuellement d'avoir sous les yeux, à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, un malade très remarquable sous ce rapport, dont nous allons rapporter en peu de mots l'observation.

Rassari (Antoine), cultivateur, né à Chilhac (Haute-Loire), est entré à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi le 24 décembre 1834, pour s'y faire traiter d'une maladie convulsive des muscles de toute l'économie, dont voici à peu près l'origine : Cet homme faisait partie, il y a six ans, de l'armée d'expédition en Grèce, et servait dans le 46e régiment de ligne. A l'attaque du château de Morée, il se trouvait à une lieue en mer sur un bâtiment de transport, lorsqu'une bombe lancée d'une des batteries du fort vint tomber sur ce navire, et le fit sombrer en quelques minutes. Rassari fut obligé, à l'exemple de l'équipage, de se jeter à la mer pour regagner la côte qui était à une lieue de là. Incertain si ses forces seraient suffisantes pour accomplir ce trajet, il s'effraya vivement de sa position; toutefois, après des efforts inouis, il atteignit le but désiré; mais en se relevant il put à peine se tenir debout, tout le système musculaire du corps était en convulsion, les muscles de la face furent pris surtout de mouvemens insolites et désordonnés; et cet état qui donne au malade, soit par sa démarche peu assurée, soit par l'irrégularité des autres mouvemens, l'aspect d'un homme pris de vin, n'a fait que s'accroître depuis cet événement malheureux, et malgré les traitemens nombreux qu'il a subis à Toulouse, à Balaruc et à Montpellier. Au reste, les désordres que l'on observe dans les fonctions musculaires ne s'étendent pas aux autres fonctions organiques, qui s'exécutent comme dans l'état de santé la plus parfaite.

Les enfans qui ne peuvent ni prévoir, ni calculer le danger, dont la tête est d'ailleurs le plus souvent remplie d'histoires effrayantes, qu'on a l'imprudence de leur conter de bonne heure, les enfans; dis-je, sont très sujets aux accidens causés par la frayeur.

Parmi ces accidens, il n'en est pas de plus commun que l'inflammation phlegmoneuse de la peau de la face, qui donne lieu à la formation de croûtes nombreuses. Nous avons observé plusieurs faits de ce genre, entre autres nous avons vu en 1832, à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, un enfant dont la face était toute couverte de croûtes; la mère attribuait cette maladie à une frayeur que son fils avait éprouvée pendant la nuit. Les observations de cette espèce sont si fréquentes, que nous sommes convaincu que les médecins qui s'occupent surtout des maladies des enfans, doivent en voir souvent dans leur pratique.

La frayeur produit aussi quelquefois une espèce de dissociation dans les élémens qui entrent dans la composition du sang : cette observation n'a pas échappé non plus au vulgaire. On dirait, par ce que l'on remarque chez ces malades, que le sérum du sang abandonne les vaisseaux pour se répandre dans le tissu cellulaire et adipeux ambiant.

Une jeune fille de 6 à 7 ans nous fut amenée, il y a environ quinze mois; elle avait la face pâle et bouffie aussi bien que les autres parties du corps; les paupières étaient surtout remarquables par la saillie considérable qu'elles formaient en avant de l'orbite. Sa grand'mère nous raconta qu'ayant voulu la conduire au palais de justice, dans la salle des Assises, elle refusa tout d'abord d'y entrer de peur des gendarmes, et que l'ayant entraînée vivement par la main pour la faire obéir, elle se mit à pleurer et à pousser des cris si perçans, qu'elle fut obligée de se retirer de suite pour la calmer : le lendemain tout son corps était infiltré, la face était bouffie, elle avait perdu l'appétit.

Ne pouvant pas la saigner à cause de son jeune âge, nous songeâmes à faire une application de quelques sangsues au cou; elle fut faite le même jour, et, chose remarquable, au lieu de sang les piqûres laissèrent exsuder une quantité considérable de sérosité, qui peut être évaluée au moins à une pinte et demie, et qui mouilla tout le linge qui avait été mis sous le cou de la jeune malade pour recevoir le sang.

On peut juger par ces faits si la question médicale dont nous nous occupons mérite d'être étudiée. Nous avons mentionné les faits qui se sont offerts à notre observation; nous ne doutons pas que les médecins n'en aient observé un très grand nombre. Nous sommes convaincu, pour notre part, que la frayeur occasione des maladies nombreuses, et complique très gravement beaucoup de maladies chez les personnes pusillanimes.

Voyons actuellement sur quelles bases il est convenable de fonder le traitement dans ces sortes de cas.

Il est facile de comprendre qu'il est toujours impossible de prévenir les accidens qui résultent d'un effroi soudain; seulement, pour ce qui regarde les enfans, il est convenable de leur inspirer du courage de bonne heure, en leur citant les exemples de l'histoire les plus remarquables sous ce rapport, en les excitant sinon à imiter, du moins à admirer les plus beaux traits d'héroïsme des temps anciens et modernes. Il convient surtout de ne pas les effrayer, comme on a coutume de le faire pour les contraindre à obéir, par la crainte de fantômes de diverse nature, et de recommander aux personnes qui les environnent de ne pas leur conter des histoires susceptibles de les rendre timides ou peureux.

Quant aux malades chez lesquels la frayeur est continue, et est causée par une affection qui les épouvante, il convient de les calmer, de les rassurer sur leur état, non pas en traitant tout d'abord leurs craintes de futiles et de chimériques, mais par la persuasion et au moyen d'explications adroites, qui sont d'autant plus

efficaces que le médecin possède la confiance du malade.

Lorsque la frayeur a produit un ébranlement de tous les systèmes organiques, convient-il de saigner comme on le fait vulgairement? Nous pensons que la saignée peut être utile, quoique, dans le plus grand nombre des cas, elle ne mette pas fin aux accidens; elle les atténue seulement par le calme que produit la déplétion du système circulatoire. Ici comme dans le traitement de beaucoup d'autres maladies, il est impossible de ne pas sentir le besoin d'un agent thérapeutique susceptible de ralentir, de calmer, de régulariser l'innervation commuée et viciée. Quant à l'application de la saignée, il n'est presque pas besoin de dire qu'il ne faut la faire qu'après avoir attendu la réaction : une saignée malencontreuse faite après un effroi soudain, dans le moment de la compression de l'innervation, peut faire périr le malade sur-le-champ.

Comme les accidens qui résultent de l'effroi soudain sont très nombreux et très variés, il est impossible de dicter d'avance, pour ces cas, des règles thérapeutiques d'après lesquelles il soit possible de se guider dans la pratique, du moins dans l'état actuel de la science. Un fait de pratique qui résulte de notre observation et de celle des autres, c'est que les maladies causées par la frayeur sont rebelles dans le plus grand nombre de cas, aux traitemens les plus variés et les plus rationnels; en sorte que, dans l'entreprise de pareilles cures, le médecin doit s'armer, comme on dit, de patience et de courage!

J. Franc.

Marseille, le 25 novembre 1834.

Monsieur,

Je vous prie d'insérer dans votre Journal, dont la réputation méritée augmente tous les jours, l'extrait d'un Mémoire qui a pour but de faire figurer dans la matière médicale une substance végétale qui n'était connue jusqu'à ce jour que par ses effets délétères.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Germon, D. M.

III. DU SUC DU MANCENILLIER EMPLOYÉ COMME ANTICARCINOMATEUX.

Les moyens généralement employés pour combattre l'ulcère cancéreux se réduisent à l'opération et à l'application de plusieurs topiques, parmi lesquels l'arsénic seul présente quelques chances de succès. L'ablation de la tumeur cancéreuse compte en sa faveur des résultats heureux; mais le plus souvent le cancer, semblable aux têtes de l'hydre, se régénère avec une rapidité effrayante, et précipite au tombeau des victimes qui auraient pu prolonger encore long-temps leur existence.

L'opération n'est pas toujours praticable en conséquence de l'adhérence de l'ulcère et de la tumeur subjacente aux parties de la circonférence; quelquefois même le sein étant affecté, elle excite la tuméfaction des glandes axillaires et du tissu cellulaire environnant. Le virus pénétrant dans les glandes lymphatiques, la diathèse cancéreuse existant, tout espoir de succès devient illusoire. Il nous serait facile de multiplier les objections, mais qu'il nous suffise de dire que souvent la répugnance du malade est telle qu'il préfère la mort à l'opération qui présente le plus de chances de réussite.

Le cancer étant un des plus grands fléaux qui affligent l'espèce humaine, les arsenaux pharmaceutiques se sont vainement épuisés pour le combattre; l'arsenic seul compte en sa faveur quelques cures. Neckel, en 1590, conseilla l'application de l'acide arsénieux, mais Fusch, un an après, fut le premier qui en consigna les résultats. Depuis, Cosme, Rousselot, Dubois et plusieurs autres, ont combiné l'arsenic avec d'autres substances, dans le but de neutraliser ses effets délétères. Fusch, dans le même but, le combinait avec la serpentaire de Virginie et la suie de cheminée; ce dernier médicament dont l'emploi, comme on voit, date de fort loin, vient d'être préconisé de nouveau; mais nous pouvons assurer que de nombreux essais ont prouvé que la créosote et la suie sont des médicamens entièrement nuls quand ils sont appliqués sur des ulcères vraiment cancéreux, et que la préparation que nous avons citée n'agit qu'en raison directe de la quantité d'arsénic qu'elle contient. Si l'arsenic est quelquefois utile, il est souvent nul, et même on l'accuse de rendre progressive la marche de plusieurs ulcères qui, avant son application, aurait été stationnaire. Ce serait ici le lieu d'agiter la question si l'arsenic agit comme spécifique ou comme escharrotique, s'il peut être absorbé et produire l'empoisonnement. Comme ce que nous dirons à ce sujet peut également s'appliquer au suc du mancenillier, nous observerons que de nombreuses expériences prouvent que l'acide arsénieux combiné avec l'ichor cancéreux perd sa propriété délétère, tandis qu'il conserve toute son activité étant mis en contact avec l'ichor de tout autre ulcère; que si des cas d'empoisonnement ont eu lieu, c'est que cet acide avait été absorbé par les bords dénudés de l'ulcère cancéreux, absorption qui n'a jamais lieu quand on a le soin, avant son application, de couvrir avec une substance quelconque la circonférence de la plaie. Si l'acide arsénieux ne devait ses effets qu'à sa propriété escharrotique, d'autres substances qui possèdent la même propriété à un degré plus éminent auraient le même résultat dans leur application, et personne n'ignore que le contraire a lieu.

Sans faire mention d'une foule de médicamens qui ont été et qui sont encore préconisés malgré leur nullité, nous ferons connaître un agent thérapeutique qui, jusqu'à ce jour, avait été repoussé de la matière médicale en conséquence de ses propriétés délétères.

Le Mancenillier, *Hippomane mancinella*, de la famille des euphorbiacées, qui a été décrit par plusieurs auteurs, est connu depuis la conquête de l'Amérique, en conséquence des terribles effets que produisaient les flèches des indigènes qui étaient imbibées dans le suc de ses branches ou de son fruit. C'est ce suc lactescent qui est employé par les hordes qui fré-

quentent les bords de l'Orénoque, comme anticarcinomateux, et qui est un médicament dont les propriétés méritent d'être étudiées. Comme jusqu'à ce jour le suc de l'hippomane n'a pas été employé internement, nous ne pouvons rien dire sur ses effets; mais sans croire que, comme le mercure dans la syphilis, il pourrait être un vrai spécifique, et vaincre la diathèse cancéreuse, ses effets comme topique devraient le faire tenter à l'intérieur, d'autant plus que l'on emploie tous les jours des substances plus énergiques, telles que l'arsénic et l'acide hydrocyanique. Nous pouvons assurer que le suc du mancenillier mis en contact avec l'ichor cancéreux est neutralisé; qu'en ayant soin de couvrir les bords dénudés de l'ulcère, l'absorption n'a jamais lieu par le centre. La méthode suivante, employée par les indigènes de l'Amérique méridionale, est une preuve péremptoire: après une quantité de cérémonies absurdes, qu'ils regardent comme indispensables, ils lavent plusieurs fois la plaie à l'eau froide; ils entourent avec soin l'ulcère de la pâte de rocou, et laissent tomber au centre quelques gouttes du suc de l'hippomane tiré indifféremment du fruit ou de l'écorce de l'arbre; il se forme bientôt une escharre qui, de livide, devient carbonisée, et, en tombant quarante-huit heures après, laisse voir une plaie simple qui, par le seul moyen du rocou, se cicatrise promptement. Dès que l'hippomane est en contact avec l'ulcère, le pouls précipite ses pulsations, la respiration devient haletante, et une sueur fort abondante inonde le corps du malade; mais le calme renaît bientôt. Ces phénomènes se présentent quelquefois lors de l'application de l'arsenic sur les ulcères carcinomateux; et si nous observons que, comme cet acide, il perd ses propriétés délétères étant mis en contact avec l'ichor cancéreux, nous verrons que ces deux médicamens ont beaucoup d'analogie dans leur manière d'agir; aussi présentons-nous le suc de mancenillier comme un puissant succédané à l'acide arsénieux, et comme comptant en sa faveur un plus grand nombre de succès. Il nous serait sans doute facile de citer des observations, puisque, lors de notre voyage dans l'intérieur du Brésil, les malades affluaient du littoral de l'Océan pour être traités par les chefs des hordes sauvages, avec lesquels nous fûmes long-temps en relation. C'est en questionnant ces chefs que l'on peut parvenir à se fixer sur les maladies qui existaient dans l'Amérique méridionale avant l'invasion des Européens. Il paraîtrait que la syphilis leur était connue, puisqu'ils indiquent le traitement qu'ils prétendent tenir de leurs ancêtres depuis un temps immémorial. Dans un mémoire séparé nous traiterons plus au long un sujet si intéressant.

GERMON, D. M.

IV. HOMOEOPATHES ET HOMOEOPATHIE.

Je vous prie, M. le rédacteur, de vouloir bien insérer dans votre journal la communication suivante :

M. Léon Simon, secrétaire perpétuel de la Société homœopathique, fait chaque semaine un cours, où il expose les principes de la nouvelle doctrine. Voulant joindre à l'autorité de sa parole la puissance des faits, je proposai, dans une des dernières séances, une série d'expérimens sur l'homme sain, dans le but de constater le point fondamental de la pratique homœopathique, savoir l'action des médicamens à doses microscopiques.

Afin d'ôter tout prétexte à la malveillance ou à l'incrédulité, je posai les conditions suivantes:

1° M. Simon choisira dans la matière médicale les dix substances médicamenteuses susceptibles de donner lieu aux phénomènes les plus tranchés, les plus caractéristiques, les plus spécifiques. — Leur préparation sera faite sous la surveillance de M. Simon, ou par M. Simon lui-même, afin qu'on ne puisse expliquer l'absence de résultats par la négligence apportée dans les manipulations pharmaceutiques.

2° Les dix médicamens étant renfermés chacun dans son paquet, avec l'étiquette *cachée sous un pli*. M. Simon prendra au hasard le premier qui se présentera, et l'expérimentera sur lui-même ou sur l'un des plus éclairés et des plus dévoués partisans de l'homœopathie, afin que l'on ne puisse, comme cela a déjà eu lieu, donner pour cause de la nullité des effets, l'inobservance de la diète homœopathique.

Le papier étiqueté, qui contenait le médicament employé, et les neuf autres paquets, seront mis sous bande cachetée, et le tout restera clos jusqu'à la fin de l'expérience.

3° Lorsque M. Simon jugera l'expérience terminée, il devra, d'après le compte rendu des symptômes éprouvés par lui ou par la personne qui aura été le sujet de l'expériment, désigner le nom de la substance employée; en un mot, il fera une analyse médicamenteuse, au moyen des réactions homœopathiques.

4° Si l'expérience a été faite sur un individu rebelle aux influences homœopathiques, il sera permis à M. Simon de recommencer un certain nombre de fois.

Ces conditions, d'abord acceptées avec empressement, furent refusées dans la séance suivante : la nuit avait porté conseil, M. Simon ne voulut plus consentir à l'expérimentation, qu'autant qu'il connaîtrait d'avance le nom du médicament. Cette précaution détruisait, comme on voit, toute la valeur de l'expériment.

Je laisse aux médecins à juger de quel côté s'est montré le désir d'arriver à la vérité, quelle qu'elle puisse être.

MARMORAT, D. M. P.

—

DOCUMENS SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LA MÉDECINE HOMOEOPATHIQUE.

Les médecins homœopathes traitent tous les symptômes primitifs et secondaires de la maladie vénérienne par le mercure, non dans l'intention de détruire ni de neutraliser le virus syphilitique, suivant le langage encore admis par beaucoup de médecins, mais pour faire développer, disent-ils, des symptômes semblables à ceux produits par la syphilis.

Parmi les accidens primitifs, je prendrai pour

exemple les ulcérations du pénis (chancres), comme le symptôme le plus important de la syphilis.

Que ces ulcérations soient simples ou compliquées, peu nombreuses ou multipliées, d'un caractère bénin ou phagédénique, les homœopathes prescrivent le repos, un régime plus ou moins sévère, des soins de propreté. Ils guérissent tous les chancres simples ou multiples dans l'espace de vingt-cinq à trente-cinq jours; quelquefois les ulcères rongeans cèdent pendant ce temps; rarement il faut plus de quarante à quarante-deux jours, quand les malades sont dociles et se soumettent à une nutrition légère. Pendant ce temps on administre trois globules tous les sept jours : les malades prennent donc trois ou quatre, et tout au plus cinq globules pendant leur traitement, et guérissent sans que l'on ait remarqué de phénomènes particuliers.

La plupart des médecins français et étrangers, qui, depuis dix ans, s'occupent spécialement de syphilis, et suivent les progrès des sciences, ont à peu près renoncé aux préparations mercurielles pour le traitement des ulcérations de la verge. Ils les guérissent également par le repos et le régime végétal peu animalisé, dans le même espace de temps, sans administrer un seul atome de mercure.

Le régime n'est débilitant que pour les malades atteints de symptômes inflammatoires, assez intenses ou phagédéniques; et il est très rare qu'on soit obligé d'employer les préparations mercurielles, locales ou internes, pour hâter la guérison quand elle se fait attendre trop long-temps.

Relativement aux affections secondaires peu intenses, l'homœopathie réussit également dans les cas seulement où nous obtenons la cure par les moyens simples, le repos, le régime, les bains, etc.; mais elle paraît échouer complétement lorsque la modification syphilitique nécessite une médication plus active. C'est au moins ce que j'ai pu constater sur huit malades, traités depuis plus de six mois par des médecins homœopathes, sans aucun succès, pour des ulcères à la gorge, dans les fosses nasales, des douleurs ostéocopes, des pustules et une carie du tibia. Cinq de ces affections ont été guéries; trois par la tisane sudorifique et le sous-carbonate d'ammoniaque; une par la tisane de Feltz, et la cinquième par l'eau dite de Pollini; les trois autres malades m'ont seulement consulté.

On peut conclure de ces faits, en thèse générale :

1° Que l'homœopathie est illusoire dans le traitement des chancres ou ulcérations de la verge, puisqu'on les guérit également par un traitement simple et rationnel;

2° Que le mercure est inutile dans le traitement des symptômes primitifs de la syphilis;

3° Que, dans le traitement des affections secondaires, l'homœopathie n'obtient pas de succès plus certains.

Le docteur DEVERGIE aîné.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

EXPOSÉ DE LA MÉDECINE DE GALIEN, par J.-E. DEZEIMERIS.

Claude Galien naquit à Pergame, ville de l'Asie-Mineure, célèbre par l'oracle d'Esculape, au temps de l'empire d'Adrien, l'an 128 de l'ère chrétienne. La plupart des historiens placent sa naissance à l'an 131, mais Goulin a prouvé que cette date est inexacte.

Il eut pour père Nicon, sénateur de Pergame, homme érudit, philosophe, mathématicien, architecte et surtout habile dans la connaissance des dialectes de la langue grecque, qui lui servit de maître dans l'étude de ces diverses sciences et particulièrement de la dialectique.

Il apprit sous de bons maîtres, d'abord la philosophie des stoïciens, puis celle de Platon, ensuite celle d'Aristote, et enfin celle d'Epicure; après quoi, averti, comme il le dit lui-même, par un songe de son père, il s'appliqua à la médecine, à l'âge de dix-sept ans. Il eut pour premier maître un disciple d'Athénée, chef de la secte pneumatique, qu'il quitta bientôt comme un homme sans talens et sans jugement. Puis il suivit successivement les leçons de plusieurs disciples de Quintus, médecin célèbre de ce temps et plus célèbre anatomiste, tels que Satyrus, Pelops, Numesianus, Phecianus, qui enseignaient la médecine à Pergame ou dans d'autres villes, Pelops à Smyrne, Numesianus à Corinthe. Ils étaient tous de la secte dogmatique, et faisaient profession de suivre Hippocrate, ce qui contribua, sans aucun doute à inspirer à Galien le projet de relever la médecine hippocratique. Il profita en outre des leçons de Stratonicus, disciple de Sabinus, du platonicien Albinus, d'un Lucius qui enseignait à Alexandrie, ville où séjourna longtemps Galien. Il y entendit des médecins de toutes les sectes et fut en état de choisir dans chacune, ce qu'il y avait de meilleur, selon sa manière de juger.

Instruit des principes de la médecine, il parcourut diverses contrées de l'Europe et de l'Asie, pour étudier les médicamens sur leur sol natal et en faire provision. Il visita les îles de Chypre, de Crète, de Lemnos, la *Cœlesyrie* et l'Egypte.

Revenu dans sa patrie à l'âge de vingt-huit ans, il fut chargé par le pontife de Pergame du traitement des gladiateurs; et remplit cette charge avec tant de bonheur qu'il rendit la santé à tous les blessés, que le traitement prescrit par d'autres médecins avait jetés dans un état dangereux.

A l'âge de trente-trois ans il quitta sa patrie à cause d'une sédition qui s'y était élevée, et partit pour Rome où il exerça la médecine, dont les Grecs étaient encore presque exclusivement en possession. Il eut pour amis à Rome, Eudemus, célèbre philosophe péripatéticien, qu'il guérit d'une fièvre triple-quarte causée par l'usage immodéré de la thériaque, par l'emploi du remède même qui avait causé le mal; Sergius Paulus, préteur, Barbarus, parent de

l'empereur Lucius ; Septime-Sévère, alors consul, et plus tard empereur des Romains ; Boethus, dont il guérit l'épouse, de flueurs blanches opiniâtres, dans un espace de temps fort court.

Après un séjour de quatre ou cinq ans à Rome, pour se dérober à l'envie des médecins grecs qui exerçaient leur art dans cette ville, et à la peste qui ravageait l'Italie, il se retira de nouveau à Pergame. Mais bientôt rappelé par le philosophe Marc-Aurèle Antonin, et par Lucius Verus, il se rendit à Aquilée, et revint à Rome avec les empereurs, à cause des ravages de la peste qui régnait alors à Aquilée. Lucius Verus étant mort dans ce voyage ; il refusa de suivre en Germanie Marc-Aurèle Antonin, qui désirait l'avoir près de lui comme médecin, et demeura à Rome où il composa, outre plusieurs autres ouvrages, ses livres de l'usage des parties, et donna des soins à Commode et à Sextus, les deux fils de l'empereur. Il guérit Marc-Aurèle, revenu de Germanie avec un dérangement d'estomac, causé par l'usage des alimens froids et crus, en lui faisant boire du vin avec addition de poivre, et lui appliquant sur l'estomac de l'huile de nard. Il prépara aussi de la thériaque pour l'usage de ce prince. Enfin, dans sa vieillesse, il rentra, dit-on dans la ville qui l'avait vu naître.

Il vécut à Rome sous l'empire de Marc-Aurèle Antonin, le philosophe, de Commode, de Pertinax, de Septime-Sévère, pour lequel il prépara aussi de la thériaque, et mourut âgé de 70 ans sous l'empire de ce dernier (Leclerc, p. 3, l. 3, c. 1, p. 666), ou selon d'autres, de Caracalla (Charter. vita Galeni, tom. 1, c. 42, p. 95).

Galien ne s'éleva pas pendant sa vie, ni même immédiatement après sa mort, à ce haut degré d'estime qui le fit prendre par les Arabes pour un oracle dont il fallait suivre en tout point la doctrine. Il reçut pourtant de tous ceux qui ont parlé de lui, les plus grands éloges, et jouit de son vivant de la réputation d'un homme remarquable par son habileté en médecine, et par la grande connaissance qu'il avait de la philosophie, de la dialectique, de la géométrie et de la grammaire. Il écrivit sur ces diverses sciences plus de 500 ouvrages, dont une partie périt dans l'in cendie qui consuma, à Rome, le temple de la Paix. Un grand nombre restent encore cachés dans les bibliothèques ; mais cependant, la plus grande partie en est venue jusqu'à nous ; ce qu'il faut attribuer au zèle avec lequel fut cultivée la médecine galénique, par les médecins grecs qui vécurent après lui ; par les Sarrasins, par les Arabistes et les restaurateurs en Europe de la littérature médicale des Grecs. Le système de médecine de Galien régna despotiquement sur tout le monde civilisé pendant plus de douze siècles, et ne fut ébranlé que par les attaques violentes de Théophraste Paracelse.

Avant d'exposer ce système, qui tient une si grande place dans l'histoire, il convient de jeter un coup-d'œil sur l'état de la médecine avant Galien.

La voie qu'Hippocrate avait ouverte en traçant une démarcation profonde entre les systèmes philosophiques et la médecine, ne fut pas longtemps suivie. Les dogmatiques, ses successeurs, firent consister le plus haut degré de perfection de la science qu'ils cultivaient à pouvoir donner raison de tout, et tout expliquer, au moyen de la doctrine des quatre qualités des élémens.

Plus tard, l'épicurisme transporté dans la médecine, donna naissance au méthodisme. Celui-ci, rapprochant la totalité des observations recueillies sur les maladies, les classant selon leurs analogies, et saisissant leurs *communautés*, voyait celles-ci se réduire à deux caractères généraux, et faisaient rentrer toutes les modifications pathologiques possibles dans trois catégories, où se retrouvaient ces caractères, séparés ou réunis : *strictum*, *laxum*, *mixtum*.

Les pneumatistes, classe de médecins qui se rattachait par une filiation directe à l'école des philosophes pour qui tous les phénomènes du monde étaient expliqués, dès qu'on avait donné au monde grossièrement matériel et inerte, une âme moins matérielle et active, pour le mettre en mouvement, les pneumatistes, disons-nous, en introduisant un *esprit* dans le corps de l'homme pour le faire vivre, et en attribuant à ses *désordres* les dérangemens de la santé, avaient transformé la science médicale en une métaphysique nuageuse.

Le solidisme absolu des Erasistratéens n'avait cessé de faire face et de tenir tête à la doctrine qui déduisait toutes les maladies de l'altération de quelques humeurs.

Au milieu de tant de doctrines disparates, soutenues avec une égale tenacité, quoique avec des droits fort inégaux au suffrage d'un juge impartial, les éclectiques ou épisynthétiques se présentaient avec la prétention de prendre un lambeau de chaque doctrine, et d'en faire un système régulier, riche des qualités de chacune d'elles et exempt de tous leurs défauts.

Les erreurs choquantes, les lacunes, les contradictions mutuelles de tous les dogmatismes connus, firent nier jusqu'à la possibilité de dogmatiser. On contesta à l'esprit humain toute autre faculté que celle de recueillir par l'expérience des notions individuelles, sans pouvoir jamais les systématiser, d'où l'empirisme logique, qui compta en médecine, plus que dans aucune autre science, des partisans nombreux et distingués ; mais en même temps l'empirisme routinier et crédule, pour qui l'art de guérir ne consista le plus souvent qu'en un recueil de recettes de bonnes femmes, ou de pratiques superstitieuses.

Telles étaient les écoles médicales qui se disputaient la prééminence, au temps où parut Galien. Le nombre de leurs adeptes n'était point le même ; chacune avait eu une époque de splendeur, où elle avait dominé ses rivales. C'était alors le tour de l'empirisme, mais de l'empirisme dégénéré. Sous sa domination, l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique générales, toute la partie scientifique de la médecine, en un mot, était mise en oubli.

Il ne faut pas taire néanmoins que plusieurs parties des sciences médicales avaient fait dans les derniers siècles de très remarquables progrès. Favorisée par l'appui et les encouragemens des souverains, l'anatomie humaine, créée à Alexandrie, n'avait cessé que depuis peu d'être cultivée avec la plus grande ardeur, et par des

hommes du premier mérite. Les relations ouvertes avec l'Afrique, en transportant en Italie des maladies auparavant inconnues dans ce pays, avaient agrandi le champ de la pathologie, et fournissaient à l'esprit d'observation un aliment attrayant par sa nouveauté. L'Orient avait enrichi la matière médicale d'une foule de substances, d'une vertu médicale supérieure à celles qu'elles venaient remplacer.

Dans de telles circonstances, un homme, doué d'une aussi haute capacité que Galien, devait exercer sur son époque une influence puissante; et la décadence rapide que devaient éprouver après lui les sciences et les lettres, la barbarie qui devait suivre, assuraient un long avenir à l'empire qu'il allait prendre sur les esprits. L'apparition d'un homme doué d'un jugement sévère, ennemi des hypothèses, capable de systématiser les notions acquises sans les altérer par aucun mélange d'explications imaginaires, et de tracer le vaste tableau des connaissances de détail fournies par l'expérience du passé, sans y mêler aucun trait d'imagination, l'apparition d'un tel homme eût été pour l'avenir de la médecine une faveur du ciel. Malheureusement, Galien ne fut point cet homme-là. Il eut tout le talent qu'exigeait une aussi grande tâche, autant de savoir, plus de savoir même qu'il n'est permis d'en espérer d'un seul homme; mais ces grandes qualités se trouvaient alliées en lui à l'esprit le plus systématique, au dogmatisme le moins réservé; et, comme il arrive d'ordinaire, ce fut par ces défauts qu'il agit le plus fortement sur son siècle et sur la postérité. Ce fut, non pas sa science, mais ses hypothèses qu'il leur imposa de recueillir et de conserver.

Galien fut un Dieu, pendant près de quatorze siècles; son culte fut renversé au dix-septième, et depuis, il n'a plus passé que pour une fausse idole. Il est réellement l'un ou l'autre, à même titre, selon l'aspect sous lequel on le considère. Nous allons l'envisager alternativement, et comme écrivain systématique, et comme représentant de toute la science positive de son siècle.

Système de médecine de Galien. — Le raisonnement et l'expérience adoptés chacun exclusivement comme source de la connaissance par les dogmatistes et les empiriques, furent proclamés par Galien également indispensables. La connaissance de l'art suppose *la méthode* qui coordonne les principes généraux, et l'observation qui examine et apprécie les détails. Les principes dirigent la pratique, qui sans eux n'est que la routine; la pratique affermit les principes, qui, sans elle, ne sont que des hypothèses.

Voilà, en apparence, la part faite à l'observation et au raisonnement; voilà posés les principes d'une logique très solide. Seulement, on n'y voit point déterminé l'ordre dans lequel l'expérience et le raisonnement doivent concourir pour engendrer une science positive. Or, aussitôt qu'il se met à l'œuvre, Galien montre évidemment qu'il n'a point compris l'ordre naturel des idées, et que son esprit, d'ailleurs si élevé, n'a même pas d'aptitude à le comprendre. Il fallait étudier d'abord les faits particuliers, et s'élever ensuite à des axiomes progressivement plus étendus; il prend les choses par les principes les plus généraux; il veut faire la médecine *à priori*. Galien déduit la médecine de la physiologie, la physiologie de la physique, et celle-ci de la philosophie péripatéticienne. Suivons-le dans la marche hypothétique et hasardeuse qu'il lui a plu d'adopter.

L'élément est la partie constitutive des corps la plus petite et la plus simple. Sa petitesse le dérobe à l'investigation de nos sens, sa simplicité fait qu'il échappe à la raison. L'analyse est donc forcée de s'arrêter aux élémens secondaires, immédiats des corps qui sont le feu, l'eau, l'air et la terre. Chacun de ces élémens est doué d'une qualité qui lui est propre : le feu est chaud, l'air froid, l'eau humide, la terre sèche. Ces qualités étant la *condition nécessaire* par laquelle les élémens nous sont connus, sont *des qualités premières*, sont les élémens eux-mêmes. Ces qualités primitives n'existent jamais *pures* dans les corps. Ceux-ci résultent non de l'agrégation des élémens, mais de leur mixtion intime, ont des qualités *composées* ou *secondes*. Ce mélange des élémens, et cette combinaison des qualités constituent le tempérament propre de chaque être et font que chaque particule du corps de l'animal est distincte de toute autre, et a une action qui lui est propre; que telle particule est plus chaude, telle autre plus froide, telle autre plus humide, telle autre plus sèche. De là les qualités binaires du chaud sec, du chaud humide, du froid sec et du froid humide. De là enfin, autant de *compositions* diverses, et autant de tempéramens du corps humain, qu'il y a de combinaisons possibles des quatre qualités premières.

Le corps humain est composé de ces élémens, et il y a trois degrés de composition. Les parties similaires, les parties instrumentales (les organes) et le corps entier.

Il y a de plus, outre ces élémens et ces parties composées d'élémens, quatre humeurs, le sang, la pituite, la bile jaune et la noire. Le sang est composé des élémens les plus simples, il fournit à la génération et à la nutrition du corps humain. Les trois autres humeurs proviennent du sang, et sont naturelles à l'animal, mais on doit les considérer comme excrémentitielles, puisque leur sécrétion surabondante et leur rétention porte le trouble dans l'économie. Les qualités de ces quatre humeurs sont composées des qualités premières. Le sang est chaud et humide, la pituite froide et humide; la bile jaune est chaude et sèche, la bile noire froide et sèche.

Ces trois dernières humeurs sont engendrées par le sang, le sang l'est par l'aliment. L'estomac, comme toute partie instrumentale qui travaille à une préparation ou sécrétion quelconque a quatre facultés naturelles : *Attractive, rétentrice, altérante et excrétrice;* c'est par ces facultés que sont opérées les transformations, les sécrétions et les excrétions des substances qui parviennent à cet organe. Le chyle est élaboré dans l'estomac, et passe de là par les veines mésaraïques, au foie où il est converti en sang; c'est aussi dans ce dernier organe que se fait la dépuration du sang, la vésicule attire ce qu'il y a de doux et de jaune, la rate ce qu'il y a d'épais et de limoneux. C'est

par les reins qu'est éliminée l'eau dont la trop grande quantité rendrait le sang impropre à la nutrition.

Les esprits sont le principe moteur dans le corps animal; ils diffèrent de l'air, mais on en puise les matériaux dans l'atmosphère. Dans le foie, qui est l'organe fabricateur du sang, il se sépare de ce fluide des vapeurs subtiles, ce sont *les esprits naturels;* ces esprits transportés au cœur se mêlent à l'air introduit par la respiration et forment *les esprits vitaux*, dans le cerveau ils deviennent des esprits animaux.

Le foie, comme organe préparateur du sang, d'où dépendent la nutrition, l'accroissement du corps et la propagation de l'espèce, est le siége principal des facultés naturelles; le cœur des facultés vitales, puisque au moyen des artères il distribue dans tout le corps le principe de la chaleur et de la vie; le cerveau des facultés animales, car il est la source du sentiment et du mouvement. Les actions naturelles, vitales et animales se divisent en internes et externes.

Les actions internes de la faculté naturelle sont la digestion, la coction et la sanguification : l'action externe est la distribution du sang veineux dans toutes les parties du corps. Les actions vitales internes sont les passions de l'âme : les actions externes sont le mouvement des artères, et la distribution qui en résulte du sang à toutes les parties du corps où il entretient la chaleur et la vie. Les actions internes de la faculté animale sont l'imagination, le jugement et la mémoire; les externes sont la sensation et le mouvement.

Les mouvemens qui se passent en nous sont de deux espèces : mouvement par rapport au lieu, mouvement par rapport à la qualité. Le premier se nomme action, il est actif; le second altération, il est passif.

La santé est cet état du corps dans lequel il n'y a point de douleurs, et où les fonctions s'exécutent sans difficulté. Elle résulte d'un tempérament moyen des élémens et des qualités, *eucrasia*, d'une certaine convenance ou symétrie des parties. Elle suppose une composition convenable des humeurs, une action bien réglée de la part des esprits. Il faut donc pour jouir de la santé, que les parties similaires soient à un degré convenable et proportionné de chaud, de froid, d'humide et de sec; que les organes ou parties instrumentales soient dans leur état naturel par rapport à leur situation, leur grandeur, leur figure, leur nombre. L'homme qui jouit de ces avantages, possède une bonne constitution qui peut être ordinaire ou athlétique.

La maladie est une disposition, ou une affection contre nature des parties du corps, qui empêche premièrement, et par elle-même leur action. Il faut y distinguer l'altération même du corps, et l'affection, ou modification de l'action qui en résulte immédiatement. Dans toute affection contre nature du corps, où son action se trouve lésée, on peut tout rapporter à trois chefs, la maladie, la cause de la maladie, les symptômes de la maladie, ou, ce qui revient au même, à quatre, la fonction viciée, la cause qui l'a immédiatement viciée, (cause prochaine), les causes qui ont précédé l'affection, les symptômes qui la suivent.

Il y a deux genres de maladies : maladies des parties similaires, maladies des organes, les deux genres se divisent en lésion de l'action, lésion de la structure.

Le premier genre consiste dans l'intempérie des parties similaires, et cette intempérie est avec ou sans matière. Sans matière, si la partie pêche simplement par excès ou défaut de chaud, de froid, de sec ou d'humide; avec matière, si à l'intempérie d'une partie se joint la congestion sur cette partie d'une humeur animée d'une intempérie analogue.

L'intempérie est simple ou composée. Simple si une seule qualité domine, composée si elle résulte de la prédominance de deux qualités. Egale ou inégale; égale si toutes les parties du corps ou d'un organe sont dans le même état, inégale si ses diverses portions sont affectées d'intempérie différente.

Le second genre de maladies est celui des parties instrumentales. On les divise en quatre espèces : lésion des organes par rapport à leur figure, au nombre de leurs particules, à leur grandeur, à leur position. Les maladies des organes sont également simples ou composées.

Un troisième genre de maladie est commun aux parties similaires et instrumentales, ce sont les lésions de continuité.

Les causes des maladies sont internes ou externes. Les causes externes sont occasionelles ou procathartiques. Elles dépendent des six choses non naturelles. Celles-ci mettent en jeu les causes internes qui sont de deux ordres : antécédentes ou conjointes; et qui diffèrent encore selon quelles siégent dans les solides ou dans les humeurs. Les humeurs peuvent pécher par excès, par défaut, et par cacochymie. C'est surtout le sang qui pèche par excès ou défaut, les trois autres humeurs par cacochymie; elles peuvent en ce cas altérer la composition du sang.

La pléthore est de deux sortes : par rapport aux forces, par rapport aux vaisseaux.

L'excès des qualités propres des humeurs constitue l'acrimonie.

Les causes internes, antécédente et conjointe, ne sont apercevables que par la raison, ne sont connues que par la maladie qu'elles déterminent. La cause conjointe se nomme encore prochaine, parce que la maladie ne saurait exister sans elle. On doit encore distinguer des causes manifestes, cachées, générales, particulières, locales, accidentelles, etc., etc.

Les symptômes sont des affections contre nature, dépendantes de la maladie, et qui la suivent comme l'ombre suit le corps. On les divise en trois classes : symptômes de l'action lésée; symptômes de la qualité viciée; symptômes d'excrétion et de rétention. Les excrétions critiques diffèrent des symptômes, en ce qu'elles résultent des efforts de la nature, et les symptômes de la maladie.

Les signes des maladies sont : diagnostiques ou pronostiques. Les diagnostiques sont pathognomoniques, qui caractérisent les maladies, ou adjoints.

Les signes pronostiques se tirent de la nature connue de la maladie, de celle de la partie affectée, du tempérament, des dispositions, de l'âge du malade, de la saison, du climat, etc.

L'examen du pouls est de la plus grande im-

portance pour le diagnostic et le pronostic des maladies.

Le premier principe du traitement des maladies est de seconder la nature et de les combattre par leurs contraires. L'indication se tire de la prévision des résultats. Il faut chasser les maladies et conserver les forces. Le premier se fait par les contraires ; le second par les moyens qui aident la nature. On satisfait à toutes les indications par le régime, les médicamens et la chirurgie.

Dans la prescription du régime, Galien prend pour guide Hippocrate ; il fait quelques emprunts à Asclépiade. Quant aux remèdes à administrer, aux alimens à accorder aux malades, voici sur quels principes il en réglait le choix.

Tous les corps, ayant pour principes les quatre élémens, doivent avoir aussi les qualités qui distinguent ces élémens : le chaud, le froid, le sec et l'humide. On sait que dans le corps humain ces qualités ne sont pas toujours également tempérées, et qu'il peut y avoir excès de chaleur et de sécheresse, de froid ou d'humidité, ou de plusieurs de ces qualités réunies. La même chose a lieu dans les autres corps de la nature. Composés des mêmes élémens, ils en ont aussi les qualités ; et comme leur composition varie, de même varie en eux le degré auquel ils possèdent chaque qualité. Dans l'un c'est le chaud qui domine ; dans un autre c'est le froid ou l'humide. La santé parfaite, chez les êtres animés, consistant dans la juste proportion de chaque élément, se conserve en eux par l'usage d'alimens, qui n'y introduisent rien qui puisse faire prédominer ou le chaud ou le froid, ou le sec ou l'humide ; et comme la santé comporte jusqu'à un certain point l'intempérie des qualités fondamentales, si cette intempérie est chaude, elle réclame des alimens rafraîchissans ; si froide, des échauffans ; humide, des desséchans, et réciproquement. Un régime ainsi réglé corrige parfaitement les vices des tempéramens. La même règle s'applique aux maladies ; les contraires sont guéris par les contraires ; le froid par le chaud ; l'humide par le sec ; le froid humide par le chaud sec ; le chaud sec par le froid humide. Ainsi donc, toute qualité médicamenteuse revient, en dernière analyse, à la qualité de chaud, de froid, de sec ou d'humide. Toute maladie, soit des parties similaires, soit des organes dépendant de l'excès d'une des qualités élémentaires, ou de plusieurs qualités combinées, il faut employer pour les guérir des médicamens dans lesquels prédominent les qualités contraires. Aux maladies qui consistent en une intempérie simple, les remèdes doués d'une qualité simple ; à celles qui consistent en une intempérie composée, les remèdes doués d'une qualité composée.

Galien classa les remèdes en catégories, selon le degré de leur puissance. Une intempérie étant guérie par son contraire, il aurait pu arriver, si l'on n'avait pas tenu compte du degré de l'une et de l'autre, qu'une intempérie faible fût transformée en une intempérie opposée, si l'on eût employé pour la combattre un remède dans lequel la qualité contraire eût été proportionnellement trop puissante. Les qualités des médicamens, comme les intempéries morbides, soit simples, soit composées, furent donc divisées en quatre classes, selon le degré de leur énergie. Ainsi, par exemple, le poivre fut chaud au quatrième degré, la canelle au troisième, le lin au premier. L'art de composer les médicamens fut fondé sur ces bases. S'il y avait excès de quelques qualités dans une substance médicamenteuse, on la tempérait par l'addition d'une autre ; si elle manquait, on y suppléait par une seconde. Les remèdes qui changeaient ainsi les qualités du corps, Galien les nommait des *altérans ;* les *purgatifs* constituaient une autre classe de médicamens ; ils avaient la propriété d'évacuer chacun une humeur particulière.

Telle est la doctrine médicale galénique, considérée dans ses généralités, et tel Galien, envisagé comme écrivain systématique. Ce n'est guère que sous ce point de vue qu'il a été présenté par les historiens. Or, c'est de beaucoup le moins favorable aux yeux de quiconque n'est pas disposé à s'émerveiller à l'aspect d'un vaste système, vrai ou faux, par cela seul qu'il est bien lié et conséquent dans toutes ses parties. Pour peu qu'on ait l'habitude d'apprécier l'influence des systèmes sur la marche de la science, non d'après des vues *à priori,* mais par la connaissance réfléchie et les expériences du passé, on ne peut s'empêcher de reconnaître que le système de Galien a eu l'influence la plus funeste. Ce n'est donc point là qu'il faut chercher les titres réels de Galien à une gloire immortelle ; c'est dans le prodigieux savoir qu'il posséda, et dans l'immense service qu'il rendit à la postérité en lui transmettant l'ensemble le plus complet que l'on possède de toutes les notions positives qui avaient été acquises jusqu'alors, dans chacune des branches des sciences médicales ; car, il les posséda toutes au plus haut degré, où un homme de son siècle pût prétendre. Nous jetterons un coup d'œil rapide sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique spéciales, la chirurgie, etc., de Galien, et nous indiquerons les découvertes les plus importantes ou les perfectionnemens les plus remarquables dont il les a enrichies ; mais nous devons faire remarquer auparavant que les limites étroites, dans lesquelles nous devons nous renfermer, ne nous permettent pas de prétendre à donner une idée un peu complète des travaux de Galien dans ces divers genres.

Anatomie de Galien. — Galien a disséqué un grand nombre d'animaux, et il a cru que la structure du singe était parfaitement semblable à celle de l'homme. Cette fausse supposition lui a fait adopter quelques erreurs, qui ont été reçues sans examen, par le respect servile qu'on avait pour son autorité.

Quoique incomplète, l'ostéologie de Galien est plus exacte que celle de Celse et de Rufus. Il a mieux décrit le sphénoïde, le temporal, le canal nasal du maxillaire supérieur, l'ethmoïde, les cornets des fosses nasales et la cloison osseuse qui les divise ; il a bien décrit l'articulation de la tête avec la première vertèbre ; il a connu les osselets sésamoïdes : il a dit que la mâchoire inférieure, le sternum, le sacrum et le coccix étaient composés de plusieurs pièces, sans faire remarquer que cela n'est vrai que dans les premières périodes de la vie.

La description des muscles est moins intéressante dans Galien, et plus obscure, parce qu'il

ne les a point désignés par des noms propres, et qu'il décrit les muscles du singe pour ceux de l'homme. Il avait d'ailleurs cultivé cette partie de l'anatomie avec beaucoup de soin. Les muscles qu'il a découverts, ou qui étaient peu connus avant lui, sont le peaucier, le buccinateur, le pyramidal du nez, le plantaire et le palmaire, les sphincters externe et interne de l'anus, le petit pectoral, le rhomboïde, le petit droit antérieur de la tête, quelques uns des extenseurs de l'épine, les intercostaux, le poplité, et enfin, les lombricaux et les interosseux des pieds et des mains, dont on a attribué à tort la découverte à Riolan, ou à Habicot.

Galien est plus exact, et il intéresse davantage quand il indique la situation et les usages des viscères, quoique ce soit toujours d'après les animaux; car le cerveau, par exemple, dont il donne la description, n'est pas celui de l'homme, mais du bœuf, tel qu'on le vend, dit-il, tout préparé dans les grandes villes, et propre à en faire la dissection. Il a décrit tout l'intérieur de ce viscère, et jusqu'aux plus petites parties, les ventricules, la cloison transparente, la voûte à trois piliers, les lignes saillantes qui se remarquent sur sa surface concave, et qu'il a comparées aux cordes d'une lyre, les glandes pinéale et pituitaire, l'*infundibulum*, les corps cannelés, les couches des nerfs optiques, les cordons médullaires, situés dans la partie postérieure des ventricules latéraux, et dont la figure ressemble à celle des cornes du bélier ou des pieds du cheval marin, les tubercules quadrijumeaux, surnommés *nates* et *testes*, l'appendice vermiforme, la commissure antérieure ou corde de Willis, la fente que Sylvius a nommée aquéduc et qui communique du troisième au quatrième ventricule, le cordon médullaire et fibreux qui en termine l'ouverture, et qu'on nomme commissure postérieure, la protubérance annulaire, les cuisses et les bras de la moëlle allongée. Dans la description des nerfs, il s'attribue la découverte du nerf recurrent. Le cœur est assez bien décrit. Galien a fort bien connu l'ouverture de la cloison interauriculaire, qu'on a eu tort par conséquent de nommer le *trou de Botal;* il a disséqué avec soin les vaisseaux propres du cœur; mais il a prétendu que ce viscère ne recevait pas de nerfs, bien loin d'en être la source, comme l'avait dit Aristote. Dans l'angiologie, il donne plus de place à l'histoire des veines qu'à celle des artères. Il n'est pas exempt de graves erreurs, mais néanmoins, il est le premier qui ait donné une angiologie de quelque importance. Il a connu les anastomes des vaisseaux mammaires avec les intercostaux et les épigastriques.

Physiologie de Galien. — Nous dirons d'abord quelques mots de la physiologie générale de Galien:

Doctrine des forces vitales.

Trois forces fondamentales président à la vie des animaux : l'une réside dans le cerveau, une autre dans le cœur, la troisième dans le foie. La première agit par les nerfs et régit les fonctions *animales;* la seconde par les artères les fonctions *vitales;* l'autre par les veines les fonctions *naturelles*. L'intelligence, l'action des sens, la sensibilité générale, le mouvement volontaire, ressortent de la première; les passions de l'âme, l'entretien de la chaleur naturelle dans tout le corps, le mouvement pulsatif des artères dépendent de la seconde; la troisième préside aux fonctions nutritives.

Des facultés d'un ordre inférieur existent dans les corps animés en nombre égal à celui des phénomènes essentiellement divers, qui se passent en eux:

1° Faculté *générative*, qui *change* et qui *forme* les parties;

2° Faculté d'*accroissement;*

3° Faculté *nutritive*, qui *attire*, qui *retient*, qui *altère* ou *assimile*, et qui *expulse*.

Le cerveau, les organes des sens, les muscles, le cœur, les poumons, etc., etc., ont aussi leurs facultés propres.

Passons à la physiologie spéciale.

Le cerveau est le siége de l'âme. L'organe propre de celle-ci est l'esprit ou pneuma animal qui remplit les ventricules cérébraux. C'est du cœur qu'il tire sa source. Il en vient par les artères qui vont du cœur au cerveau.

Le cerveau tient aussi sous son empire l'action des organes des sens et le mouvement volontaire.

Tous les nerfs ont leur origine dans le cerveau; ils sont de deux espèces : les uns mous, les autres durs. Ceux-là sont les organes de la sensibilité; ceux-ci le sont des mouvemens. Les premiers se rendent aux organes des sens; les autres aux muscles. Galien fait avec autant de détail que de soin l'histoire de chaque sens et du mécanisme de sa fonction.

Nous noterons en passant qu'il considère le cristallin comme l'organe essentiel de la vision.

L'histoire des mouvemens volontaires doit beaucoup à Galien; il fut le créateur de la mécanique animale, sur laquelle on n'avait jeté que quelques idées vagues ou fausses, et qu'il étudia en anatomiste exercé et en mécanicien habile. Il reconnut dans les muscles des propriétés diverses : une tonicité organique, qu'ils tiennent de leur structure, et une contractilité volontaire qu'ils doivent aux nerfs qui s'y distribuent, et qu'ils perdent, si ceux-ci viennent à être détruits.

Galien a beaucoup approché de la connaissance de la circulation du sang; mais il n'a pu l'atteindre, quoi qu'en aient dit plusieurs historiens de la médecine, et récemment encore, M. Hecker. Il démontra par des expériences péremptoires, contre le sentiment d'Erasistrate, que les artères contiennent du sang; il connut parfaitement la direction du cours du sang dans les artères, et sut très bien que, parti du cœur, ce liquide était transporté par elles dans toutes les parties du corps. Il n'ignora point les relations qui existent entre les extrémités des systèmes artériel et veineux, au moyen desquelles le sang passe du premier dans le second; il sut même que le sang, passé des artères dans les veines, était versé par les gros troncs de ces dernières dans les cavités droites du cœur; enfin, pour indiquer le dernier pas qu'il ait fait vers la connaissance de la vérité, il enseigna qu'*une partie du sang* passait du ventricule droit du cœur dans la veine (artère) pulmonaire et dans les divisions de ce vaisseau, dans les poumons; mais il s'arrêta là. Il touchait presque à l'une des plus belles découvertes qui aient été faites

en physiologie ; le faible espace qui l'en séparait fut pour lui une barrière infranchissable. Les historiens, dont j'ai déjà parlé, préoccupés de l'idée que Galien, ayant connu les anastomoses des artères et des veines, avait dû penser que le sang, arrivé aux extrémités des divisions de l'artère pulmonaire, devait passer dans les veines du même nom et revenir au cœur, pour être de nouveau distribué par tout le corps, lui ont prêté cette opinion. Ils ont eu tort, et je l'ai démontré par cent passages de Galien, qui ne permettent aucun doute, à M. Gerdy, qui s'était, comme tant d'autres, laissé tromper par les apparences. La véritable doctrine de Galien est celle-ci : du sang qui arrive dans le ventricule droit du cœur, *une partie* va par l'artère pulmonaire dans les poumons, et sa destination ne dépasse point ces organes ; l'*autre partie* traverse la cloison interventriculaire par des trous à peine apercevables sur le cadavre, mais qui sont beaucoup plus dilatés pendant la vie. Cette partie du sang, arrivée du ventricule droit dans le ventricule gauche, s'y combine *avec l'air* venu des poumons dans cette cavité, et, ainsi combiné, il passe dans l'aorte, et va se distribuer partout. Il est de toute certitude, que Galien a complétement ignoré le retour du sang du poumon dans les cavités gauches du cœur.

L'espace nous presse ; en voilà assez sur la physiologie de Galien. Nous ne pouvons finir néanmoins sans parler de l'habileté du médecin de Pergame, dans l'art de faire des expériences. Nous citerons les plus remarquables, comme elles se présenteront à notre souvenir : il a étudié les effets de la destruction de la moëlle épinière à des hauteurs diverses ; ceux de la perforation des parois de la poitrine, d'un côté ou des deux côtés à la fois ; de l'excision d'une ou de plusieurs côtés ; de la section des nerfs qui se rendent aux muscles intercostaux ; de celle du nerf recurrent. Il a lié les uretères pour démontrer que c'est par cette voie que l'urine va des reins dans la vessie. Il a fait des expériences très difficiles pour étudier le mécanisme de la déglutition, etc.

Hygiène de Galien. — Galien a long-temps été le meilleur écrivain que l'on possédât sur l'hygiène. En effaçant tout ce qu'il y a de mauvaise théorie dans son ouvrage, il reste encore un ample recueil de conseils utiles et de préceptes judicieux. Une partie en est empruntée par Galien à ses prédécesseurs ; mais il y a quatre articles sur lesquels il a fait plus de recherches qu'eux, dans l'étude des moyens de conserver la santé ; ils sont relatifs : 1° à l'enfance ; 2° à la vieillesse ; 3° aux différens tempéramens ; 4° à la classe de ceux qui ne sont pas maîtres de leur temps.

Autant que possible, il convient que les enfans soient nourris du lait de leur mère, qui, naturellement, leur doit être plus propre qu'un lait étranger ; ce doit être leur seule nourriture jusqu'à ce qu'ils aient leurs premières dents. Qu'on soit attentif à remarquer ce qui excite leurs cris et qui leur cause des agitations violentes. Tous les matins, et quand leur estomac est vide, il faut les laver à l'eau tiède, en prenant soin de les bien frotter et sécher ensuite. Bien éloigné d'approuver l'usage des peuples du nord, qui plongent dans l'eau froide leurs enfans, d'abord après qu'ils viennent de naître ; il parle de cette coutume avec le dernier mépris, et dit qu'il n'a non plus d'envie d'écrire pour ces Germains et pour ces barbares, que pour des ours et pour des lions. Galien insiste sur le soin qu'on doit prendre des nourrices, soit par rapport à la diète, soit par rapport à l'exercice, soit par rapport au sommeil, etc., si l'on veut qu'elles aient de bon lait. Rien n'est plus nécessaire aux petits enfans que de respirer un air pur ; ainsi, l'on doit éviter de les tenir dans des chambres trop renfermées, et les éloigner des lieux marécageux, des vapeurs des grandes villes, etc.

Entre les préceptes relatifs aux vieillards, on peut citer celui d'exciter les fonctions de la peau par l'usage des frictions et de la brosse ; de prendre toujours un exercice modéré, qui entretient les forces, mais de ne le jamais pousser jusqu'à la fatigue, qui les amaigrit et les épuise ; de prendre une nourriture fluide et réchauffante ; de boire un vin généreux et diurétique, et d'entretenir avec soin la liberté du ventre.

La connaissance des tempéramens est une condition sans laquelle on ne saurait régler, d'une manière convenable, les moyens de l'hygiène, et notamment les particularités du régime. Galien s'étend longuement là dessus.

Pour ce qui est des personnes employées dans les affaires publiques, des gens de lettres, à qui des occupations accumulées ne laissent pas la liberté de disposer d'eux et de leur temps ; Galien leur prescrit trois règles : premièrement, que toutes les fois qu'ils ont fait des efforts de travail et d'étude plus que de coutume, ils redoublent de sobriété ; secondement, il leur ordonne d'observer le régime le plus simple, celui qui facilite le plus la digestion ; troisièmement enfin, il veut que, quelles que soient leurs affaires, ils aient chaque jour quelques momens consacrés à l'exercice, ou si cela est impossible, de se faire tirer quelquefois un peu de sang, pour prévenir la pléthore, et de prendre de temps en temps quelque doux purgatif, pour se nettoyer l'estomac et les intestins, et le débarrasser des impuretés qui s'y accumulent, sans quoi ils ne sauraient manquer d'être attaqués de divers accidens fâcheux.

Médecine pratique de Galien. — Ce n'est pas chose facile de dégager les notions positives que Galien posséda sur les maladies et leur traitement, du fatras de dialectique dans lequel elles sont perdues. C'est surtout dans la lecture de ses ouvrages pathologiques qu'on est accablé de cette prolixité asiatique du médecin de Pergame, qui le dispute aux médecins arabes les plus diffus. C'est là surtout qu'on voit, sous la plume de l'historien qui analyse avec sévérité, de longs traités se réduire à quelques lignes substantielles ; mais aussi le nombre des ouvrages pathologiques de Galien est immense. J'espère donner en un autre temps un résumé de ces travaux, qui représente d'une manière aussi complète que possible, l'ensemble des connaissances que Galien posséda sur les maladies. Ce résumé ne saurait entrer ici, et je dois me borner à exposer un petit nombre de notions tirées de la pathologie galénique. Je ne m'arrêterai point à la pathologie générale, assemblage purement verbal de définitions, de divisions et de subdivisions interminables sur la maladie,

considérée d'une manière abstraite; sur les causes, sur les symptômes des maladies en général, considérées non comme l'observation nous les présente et dans la réalité des faits, mais envisagées spéculativement dans les conceptions hypothétiques qu'on s'en forme. On n'a que trop imité pendant une longue suite de siècles cette partie des travaux de Galien, et les traces de cette *pathologie dialectique* ne sont point encore effacées des traités de pathologie générale les plus modernes. De toutes les généralités de Galien, nous ne conserverons que la définition qu'il donne de la maladie, dans laquelle il se montre aussi *organicien* qu'aucun des médecins qui se qualifient maintenant de ce nom. La maladie est, selon lui, un dérangement de quelque partie du corps, qui en trouble les fonctions, menace l'existence, ou rend l'exercice de la vie pénible ou douloureux. Les symptômes suivent la maladie comme l'ombre suit le corps.

Les maladies se divisent en celles des parties similaires, c'est-à-dire des systèmes artériels, veineux, nerveux, osseux, cartilagineux, ligamenteux, membraneux et musculaire, auxquels il faut ajouter les quatre humeurs : en maladies des parties instrumentales ou organes, comme le cerveau, le cœur, les poumons, le foie, etc.; et enfin, en maladies de tout le corps.

Considérées relativement à leur nature, les maladies des parties similaires peuvent être ramenées à des intempéries ou disharmonies entre les qualités élémentaires dont elles sont pourvues. Les humeurs pèchent par leur surabondance : c'est la pléthore; ou par les vices de leur composition : cacochymie. Les maladies des organes sont des altérations ou de leur forme, ou de leur nombre, ou de leur quantité ou volume, ou de leur situation. Les solutions de continuité sont un genre de maladies communes aux parties similaires et aux parties instrumentales des organes.

Dans la pathologie spéciale, nous signalerons la doctrine des fièvres très longuement et très systématiquement développée par Galien. Pour donner une idée de sa manière de les envisager, nous dirons qu'il admettait trois espèces de fièvres intermittentes : la quotidienne, la tierce et la quarte, qu'il considérait comme essentiellement différentes; car la première dépendait d'un état putride de la pituite; la seconde d'une altération analogue de la bile jaune; la dernière de la putridité de l'atrabile. Les fièvres continues proviennent aussi d'une altération de la bile jaune.

Indiquons encore deux classes de maladies fort communes : les inflammations et les hémorrhagies, sur lesquelles Galien a rassemblé des généralités, tirées en partie de l'observation, en partie et principalement de ses conceptions systématiques; et disons, enfin, quelques mots de la pathologie tout à fait spéciale de Galien, c'est-à-dire de ses notions sur les maladies individuelles de chaque partie du corps.

C'est ici le lieu de parler de la vaste étendue des connaissances de l'auteur et de son extrême sagacité à découvrir le siége des maladies les plus cachées. Le traité *de locis affectis*, qui a pour objet cette partie de la science, est le plus remarquable de tous ses ouvrages, et le plus beau monument qui nous reste de l'esprit d'observation de l'antiquité.

Un médecin méthodiste traitait depuis longtemps, sans succès, par des remèdes topiques, une paralysie de l'avant-bras et de la main; Galien reconnut que le véritable siége de la maladie était la moëlle épinière; il attaqua le mal dans sa source et guérit le patient. Il rapporte une foule d'exemples d'erreurs analogues, commises par des médecins réputés fort habiles, et qui lui fournirent ainsi l'occasion de montrer sa supériorité sur eux.

Dans l'impossibilité de parcourir le cadre nosologique, pour indiquer les connaissances de Galien sur chaque point, nous nous bornerons à dire que s'il ne décrivit pas les maladies avec la même pureté et la même vivacité de trait qu'Hippocrate, Arétée ou Cœlius Aurelianus, il en parla du moins de manière à prouver qu'il connaissait à peu près toutes celles que nous connaissons aujourd'hui. Et quant au traitement, il fournit, sur une foule de points, des préceptes et des renseignemens utiles, qu'on chercherait vainement ailleurs.

Après avoir donné du système et des connaissances médicales de Galien, un résumé aussi complet que nous le permettait l'étroitesse du cadre dans lequel il fallait le renfermer, il resterait à indiquer les ouvrages de Galien que nous possédons, et les éditions qui en ont été faites; mais cette indication bibliographique demande un espace considérable, et nous ne pouvons que renvoyer ceux à qui elle serait utile à connaître à la deuxième partie du tome IIe de notre *Dictionnaire historique de médecine*.

Chirurgie de Galien. — La chirurgie n'est point oubliée dans les œuvres de Galien; mais ce n'en est pas la partie brillante. Le médecin de Pergame avait pratiqué la chirurgie dans sa jeunesse, et même avec beaucoup de succès, puisque chargé pendant près de trois ans, dans sa ville natale, de soigner les gladiateurs, il n'en avait pas perdu un seul, tandis qu'avant lui ils périssaient presque tous; mais lorsqu'il fut à Rome, il abandonna la chirurgie pour se renfermer dans l'exercice de la médecine, conformément à l'usage qui commençait à s'établir dans les grandes villes, de séparer l'une de l'autre dans la pratique les diverses branches d'un art trop étendu pour être exercé tout entier par un seul homme. Ce qui détermina le choix de Galien, c'est peut-être qu'il ne se sentait pas cette fermeté d'âme sans laquelle on ne saurait devenir un grand opérateur, et dont quelques circonstances de sa vie nous montrent qu'il était dépourvu. On peut pourtant citer un cas, dans lequel il ne manqua point de hardiesse, comme chirurgien : Un serviteur de Marcellus, le mimographe, ayant reçu, en s'exerçant à la lutte dans une académie, un coup violent sur le sternum, eut une carie profonde de cet os. Aucun des médecins qui avaient été appelés pour le traiter n'avait osé entreprendre d'enlever l'os corrompu, à cause du mouvement du cœur qu'on sentait immédiatement dessous et dans la crainte d'ouvrir la poitrine. Galien pratiqua cette opération; le péricarde altéré par la pourriture, laissait voir le cœur à nu; le malade fut guéri en peu de temps. Galien rapporte encore quelques

autres cures chirurgicales non moins brillantes. Nous saurions au juste jusqu'où s'étendirent ses connaissances et son habileté en chirurgie, s'il avait composé le traité qu'il avait promis sur cette partie de l'art de guérir, ou si cet ouvrage était parvenu jusqu'à nous, au cas qu'il l'ait écrit; mais cette chirurgie de Galien n'existe pas. Il parle néanmoins de la plupart des maladies chirurgicales dans son grand ouvrage *de Methodo medendi*, dans le traité *de Tumoribus*, dans celui *de Medicamentorum compositione secundum locos*, et par occasion dans plusieurs autres. Peyrilhe a rassemblé ces fragmens avec soin et en a composé une longue section de son histoire. On y remarque peu de choses nouvelles, ou du moins celles qui le sont n'ont pas une grande importance. La partie de la chirurgie où Galien se montre le plus habile et le plus exercé, est celle relative aux bandages et appareils, dont il a traité dans ses commentaires sur les œuvres chirurgicales d'Hippocrate. C'est dans ces commentaires que nous apprenons que Galien a réussi assez fréquemment à réduire des luxations contre lesquelles divers chirurgiens avaient épuisé, sans succès, leur patience et leur habileté.

J.-E. Dezeymeris.

DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'AORTE, DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; *Suivis* D'UN CAS DE GUÉRISON D'ANÉVRISME DU COEUR, par le Dr A. Legrand. *Brochure in-8° avec planches. — Paris*, 1834, *chez Bourgeois-Maze, libraire, quai Voltaire, n°* 23.

Grâce au mémoire de M. le Dr Reynaud, inséré dans le *Journal hebdomadaire de Médecine* (t. 1, page 161), on avait déjà des notions assez exactes sur une lésion pathologique fort curieuse de l'aorte, qui, dans quelques cas, heureusement fort rares, offre un rétrécissement tel, que, dans l'observation de M. Reynaud, comme dans celle de M. A. Legrand, le volume de l'artère se trouve réduit à celui d'une plume de corbeau. Mais jusqu'alors, malgré quatre autres faits qu'on retrouve dans les annales de la science, cette lésion, qui ne paraît pas devoir être toujours mortelle, n'avait été reconnue qu'après la mort des individus, et par conséquent, les symptômes, qui permettaient de la diagnostiquer, n'avaient point été indiqués. M. A. Legrand a eu occasion de suivre, pendant deux ans, un individu atteint de la même maladie, il a donc pu l'étudier, enregistrer tout ce que ressentait le malade, et poser, en rassemblant et commentant tous les faits semblables et analogues aux siens, les bases du diagnostic du rétrécissement de l'aorte. Aussi croyons-nous pouvoir dire que le mémoire de M. A Legrand est un travail profitable à la science.

Ce n'est pas non plus sans intérêt que nous avons lu le cas de guérison d'anévrisme du cœur qui termine ce mémoire. Sans doute c'est, jusqu'à présent, un fait isolé, mais le raisonnement est là pour faire comprendre qu'il peut résulter de grands avantages dans le traitement des maladies organiques du cœur, de combiner l'emploi du séton appliqué sur la région précordiale, avec la méthode Vasalva; c'est justement ce qu'a fait M. le docteur A. Legrand dans le fait qu'il rapporte.

X.

III. — REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

REVUE MÉDICALE.

Novembre 1834.

La *Revue* de novembre contient : 1° *un mémoire sur trois questions de pathologie et de thérapeutique*, par M. Saint-Georges Ransol, dont la suite a été remise à un prochain numéro et dont nous ne pouvons encore, à cause de cela, rendre compte; 2° *un mémoire sur les abcès symptomatiques qui accompagnent les dénudations et les caries du rachis*, etc.; par M. Bourjot Saint-Hilaire, 3° *un rapport juridique et réflexions au sujet d'une tentative de procès contre un docteur en médecine à raison des opérations de son art*, par le docteur Godelle.

1° *Sur les abcès symptomatiques qui accompagnent les dénudations et les caries du rachis.* — L'auteur partage son mémoire en deux parties; dans la première, qu'il intitule Historique et Critique, il fait l'histoire du mal de Pott, puis parmi les différens traitemens qui ont été appliqués à cette cruelle maladie, il semble donner la préférence aux moxas et à l'ouverture large que pratique le célèbre Larrey, à l'aide du fer à deux tranchans et incandescent. Il passe ensuite en revue les auteurs les plus célèbres sans y trouver d'indication précise sur la route que doivent suivre nécessairement, suivant lui, les fusées purulentes tirant leur source de tel ou tel point carié ou dénudé, pour se faire jour au dehors. C'est cette lacune que M. Bourjot Saint-Hilaire se propose de combler dans la seconde partie. Cette seconde partie se compose 1° de l'étude anatomique des parties; 2° des conclusions. M. Bourjot Saint-Hilaire fait d'abord remarquer que, vu le grand nombre de vaisseaux qu'il reçoit, le corps de la vertèbre est plus prédisposé à tout travail d'inflammation et de suppuration que ses apophyses qu'il range parmi les os courts; de plus la portion du corps de la vertèbre la moins recouverte de ligamens, c'est le pourtour osseux qui forme le trou de conjugaison, par conséquent s'il y a carie, le pus devra sortir de l'enveloppe ligamenteuse du corps de la vertèbre par ce trou. De là il prend le nerf pour guide et suit la traînée celluleuse de l'une de ses principales branches, traverse avec elle des muscles, puis se fait jour à travers la peau. L'auteur fait remarquer que la fusée de pus ne baigne jamais les gros vaisseaux qui sont toujours placés en dehors des fascias.

D'après ces principes d'anatomie, l'auteur croit pouvoir conclure la marche des abcès

symptomatiques pour chaque région de la colonne vertébrale.

1° Si le point carié appartient à la masse du sphénoïde postérieur, à ses ailes et à la partie écailleuse du temporal, le pus fusera avec la branche maxillaire inférieure de la cinquième paire; 2° si la portion pétrée du rocher et la portion celluleuse mastoïdienne sont cariées, le pus s'ouvre une voie par l'oreille moyenne et externe en perforant le diploé de l'apophyse mastoïde, se fait jour en arrière de la rainure digastrique et ne fuse pas au loin; 3° si les vertèbres cervicales et les condyles de l'occipital sont les points cariés, le pus suivra les branches du plexus cervico-brachial; 4° si la dernière cervicale et les onze premières dorsales ou la tête et l'apophyse articulaire des côtes sont cariées, le pus se montre sous l'aponévrose générale en dedans de l'angle des côtes et s'arrête à l'épine de l'os des îles; 5° pour la dernière dorsale et les quatre premières lombaires, le pus suivra le tronc du nerf crural et se montrera d'abord en haut et en dehors de la cuisse, puis en dedans sous les vaisseaux cruraux, mais sans connexion intime avec eux; 6° pour les vertèbres sacrées et la dernière lombaire, le pus suivra les branches du plexus sacré, sortira du bassin avec le grand nerf sciatique et formera une tumeur fluctuante dans la grande gouttière fessière postérieure; 7° si les deux dernières vertèbres du sacrum et les deux premières vertèbres seulement du coccyx sont cariées, le pus se fera jour à travers les graisses du rectum. Si deux régions sont attaquées à la fois, les caractères de l'abcès symptomatique se combineront. L'auteur termine par donner un caractère qui distingue les abcès symptomatiques provenant de la carie du corps des vertèbres, de ceux produits par la carie des os longs, courts ou plats (et parmi ceux-ci il range les apophyses des vertèbres), c'est que dans ces derniers le foyer purulent restera toujours autour du point carié.

Décembre 1834.

La *Revue* de décembre contient: 1° *une observation clinique*, par M. Gerdy jeune; 2° *la suite du mémoire de* M. Saint-Georges Rausol.

1° *Observation clinique.*— Le sujet de l'observation clinique de M. Gerdy jeune, prise dans les salles de M. Alibert, est un ancien militaire, âgé de quarante-huit ans, présentant la maladie de la peau désignée sous le nom d'acrome vitiligne, par le professeur Alibert. Ne pouvant entrer dans tout le détail des faits qui ont accompagné la maladie du sujet, nous nous attacherons aux circonstances les plus importantes. C'est à la suite d'un écrasement violent du côté droit de la poitrine que le malade, quoique guéri de la plaie extérieure, ne put plus se livrer à des exercices violens. Le poumon, du même côté, ne fonctionne plus, des douleurs lancinantes s'y font sentir de temps en temps et une petite toux sèche, quoique rare, témoigne de la persistance d'une irritation thoracique. Cet homme rentre dans la vie civile avec la profession de peintre en bâtimens. La santé se rétablit un peu, mais sous l'influence nuisible de sa profession, et peut être de l'irritation qui persiste dans la poitrine, une grave maladie se déclare, dure fort long-temps et laisse la santé plus faible et ses troubles plus fréquens; enfin à la suite de chagrins survient une nouvelle maladie, et depuis lors l'état morbide n'a été interrompu que par quelques intervalles de demi-rétablissement. C'est aussi à cette époque que le malade a vu ses mains et son visage se couvrir de taches blanches. Il offre à la fois les deux affections opposées en apparence de l'acrome et du pannus hépaticus, que M. Alibert a rassemblés dans un des groupes de sa classification (groupe des dermatoses dyscromateuses). L'auteur fait remarquer que cet exemple de l'acrome confirme l'assertion de M. Alibert que cette affection survient d'ordinaire dans un âge avancé, ou bien à la suite d'émotions tristes et d'affections nerveuses. Au sujet du pannus dont cet homme est aussi atteint, M. Gerdy jeune annonce qu'il a pu remarquer qu'il naissait sous l'influence des saisons et de l'hérédité, comme les autres dermatoses. L'auteur termine ses réflexions cliniques par l'exposé du traitement que reçut le malade à l'hôpital Saint-Louis. Il fut mis à l'usage des amers et des toniques, il prit des bains sulfureux, un vésicatoire fut appliqué à la nuque et on l'entretint pendant quelque temps, puis un second sur le côté droit de la poitrine. Sous l'influence de ce traitement la santé s'améliorait de jour en jour, lorsque tout à coup le vésicatoire de la poitrine s'irrita, sa surface devint saignante. L'irritation s'étendit aux lieux avoisinans; un érysipèle survint qui envahit tout le tronc. L'espoir renaissait lorsqu'une recrudescence de fièvre emporta le malade.

2° *Mémoire sur trois questions de pathologie et de thérapeutique*, présenté à la Section Médicale du congrès scientifique, ouvert le 7 septembre à Poitiers, par M. Saint-Georges Rausol.

Première question. Doit-on admettre des lésions de fonctions sans lésions d'organes?

L'auteur prend l'affirmative, et il l'appuie sur ces deux raisons: 1° L'anatomie pathologique ne nous découvre pas de lésions suffisantes pour expliquer les affections du système nerveux; 2° le rétablissement subit des malades dans les mêmes affections doivent nous empêcher de penser qu'il y ait eu lésion organique. Puis il applique ces deux principes à une série d'affections purement vitales du cerveau, du pharynx, des poumons, de l'estomac et des intestins. Ainsi, dans le délire, l'épilepsie, la catalepsie, etc., il ne trouve qu'une anomalie inexplicable et purement vitale des masses encéphaliques; dans l'hydrophobie communiquée, la strangulation hystérique qui cesse aussitôt que l'éréthisme utérin a cessé; il ne peut comprendre aucune lésion organique. La coqueluche qui résiste aux saignées et qui cède à l'ipécacuanha ne lui paraît être aussi qu'une lésion purement vitale du pneumogastrique; il cite encore les spasmes d'estomac, les gastralgies, etc. Enfin, le choléra indien qu'il regarde non comme une gastro-entérite avec la nouvelle école des docteurs physiologistes, mais comme une névrose fixée sur les systèmes organiques les plus importans tels que le cerveau, les poumons, les viscères digestifs, hépatiques, urinaires. Après tous ces exemples, M. Saint-Georges Rausol

croit pouvoir conclure qu'il y a des lésions de fonctions sans lésions d'organes.

Deuxième question. Quel sens doit-on attacher à ces expressions, fièvres putrides, fièvres malignes ?

L'auteur de ce mémoire admet un état putride du sang, par exemple dans le scorbut local ou général, et c'est, dit-il, cet état du sang qui se trouve indubitablement dans les fièvres appelées putrides par les anciens et adinamiques par l'école pinélienne; et pour mieux faire comprendre, ce semble, ce qu'il entend par fièvre putride, il énumère un grand nombre d'affections dont la source réside principalement et réellement dans la putridité des différens fluides, tels que les bubons pestilentiels, les bubons varioleux, les éruptions morbilleuse, miliaire, etc., la vérole constitutionnelle ou primitive, etc.

Mais il reconnaît aussi des fièvres dites malignes par les médecins du siècle passé, ataxiques par l'école de Pinel. Car, dit-il, cet état pathologique ne peut-il pas être produit par un dérangement du système nerveux, dans les fièvres rémittentes pernicieuses dans lesquelles on remarque un trouble des plus violens, qui se dessine par des convulsions, du délire, des vomissemens opiniâtres, des douleurs intolérables dans les membres et les lombes, etc., tout aussi bien que dans l'épilepsie, quoiqu'il n'y ait pas de phlogose proprement dite : d'où il conclut que le type continu que l'on a coutume d'appeler fièvre maligne, et qui se manifeste par le trouble des facultés mentales, le pouls petit, vif, serré, etc., a reçu la dénomination qui lui convient.

Troisième question. Peut-on toujours expliquer l'action des médicamens sur l'économie animale ?

M. Saint-Georges Rausol, pressé par le temps, se borne à choisir pour exemples le quinquina, le mercure, l'émétique et la belladone pour prouver la négative. Il renverse d'abord les opinions des différentes écoles qui n'ont vu dans le quinquina, les uns qu'un antiseptique, les autres qu'un tonique puissant, d'autres enfin qu'un excitant du système artériel. Il conclut que l'action de ce médicament est dû à une propriété *sui generis* qui nous est inconnue.

Le mercure a été regardé comme l'évacuant du virus salivaire par les parotides, et il n'est pas démontré, dit l'auteur, qu'il soit nécessaire de faire saliver. On l'a regardé comme jouissant de la propriété de détruire de petits animaux de l'existence desquels on est fort incertain.

L'émétique agit comme dérivatif, mais lorsqu'on l'administre dans les hépatisations pulmonaires l'inflammation se porte-t-elle sur l'estomac ou les intestins ? Rien n'indique de phlegmasie gastro-intestinale.

Enfin, la belladone dilate les tissus érectiles et musculaires, pouvons-nous expliquer comment ? non ; et l'auteur conclut qu'il est certains médicamens dont on ne peut expliquer l'action sur l'économie animale.

Janvier 1835.

La *Revue* de janvier 1835 contient : 1° *de nouvelles observations sur l'efficacité de la suie dans les ulcérations diverses*, par G. Blaud; 2° un deuxième article *sur le mécanisme de l'inflammation et de la fièvre*, par M. Latour; 3° *un rapport médico-légal sur un suicide par suspension*, par MM. Téallier et Gendrin; 4° enfin l'*histoire de l'épidémie et dysenterie qui a régné en Bretagne*, par MM. Verger et Chauvin.

1° *Nouvelles observations sur l'efficacité de la suie dans les ulcérations diverses;* par M. G. Blaud. — L'auteur, dans un premier article sur le même sujet, inséré dans la *Revue* de juin 1834, avait parlé de la suie comme d'un remède inusité et qu'il pensait avoir découvert. Ayant fait depuis des recherches plus exactes, il commence son deuxième article par se désister de ses prétentions d'inventeur. Il revient aussi sur deux observations, non alors complétées. La première est celle d'un cancer ulcéré dans l'utérus, dans laquelle la malade indocile, n'ayant point voulu continuer le traitement, a succombé à une hémorrhagie, suite de l'érosion cancéreuse de quelque vaisseau utérin. Quant à la seconde, dans laquelle il s'agissait d'un cancer à la mamelle droite, elle est plus concluante. Sept mois se sont déjà écoulés depuis la guérison, et rien n'annonce, jusqu'à présent, aucune tendance à la reproduction de l'affection cancéreuse. Cependant M. Blaud nous fait part avec sincérité des doutes qu'il conçoit sur l'efficacité de la suie contre toute espèce de cancer; et, en effet, il soulève cette question : y aurait-il plusieurs modifications de l'affection cancéreuse ? Il donne ensuite les caractères qu'il a cru devoir regarder comme de mauvais augure : ainsi le volume des glandes mammaires, le tissu cellulaire qui l'environne, l'activité vitale du système cutané qui y adhère, l'âge, le tempérament sanguin de la malade, etc.

Enfin l'auteur en vient aux faits nouveaux qui font le principal objet de ce deuxième mémoire : 1° Dartre squammeuse lichénoïde sur la face dorsale de la main droite, chez une femme de vingt-trois ans et durant depuis trois ans. Prescription : lotions de décoction de suie, soir et matin, et immédiatement après chaque lotion, application de la pommade de cette substance; au bout de six semaines, on ne remarquait plus qu'une petite tache livide. 2° Diphtérite buccale chez un soldat de vingt-trois ans. Prescription : décoction de suie en gargarisme. 3° Dartres squammeuses, furfuracées, croûteuses, occupant presque toute l'étendue du système cutané, guéries par des onctions d'une décoction huileuse de suie. 4° Ulcère vénérien à la commissure des lèvres, guéri par la pommade de suie. 5° Gale guérie par des lotions, avec la décoction de suie. 6° Ozène singulièrement amélioré par des inspirations de décoction de suie. 7° Ulcérations chroniques éparses sur toute l'étendue de la jambe droite, avec marasme, fièvre hectique, et tous les symptômes d'une issue funeste, guéries par la décoction et la pommade de suie. 8° Teigne muqueuse, promptement guérie par la décoction et la pommade de suie. 9° Ulcération rebelle de la verge, guérie par la décoction de suie. 10° Ulcère scrophuleux, rapidement guéri par la décoction et la pommade de suie. 11° Dartre écailleuse liché-

noïde sur toute la surface de la jambe droite, guérie par la décoction et la pommade de suie. 12° Dartre écailleuse humide, promptement guérie par la pommade de suie.

Après la citation de tous ces faits, l'auteur croit pouvoir conclure contre M. le professeur Fodéré, qui, d'après ses expériences sur des lapins, doute de l'action médicatrice de la suie, que cette substance peut être avantageusement substituée à la créosote, remède moins répandu et dont les propriétés médicatrices ne lui paraissent pas aussi clairement démontrées.

Mécanisme de l'inflammation et de la fièvre; par M. Latour. — Deuxième article.

Dans un précédent mémoire, M. Latour, attribuant au système nerveux ganglionaire la production de la chaleur animale, a fait voir comment de l'exagération de cet acte vital dans un point plus ou moins circonscrit surgit l'inflammation; comment aussi se développe la fièvre lorsque cette exagération a lieu dans toute l'économie, d'où il a conclu: que l'excès de la calorification générale est le caractère constant et dominant de la fièvre, celui qui la constitue essentiellement. Ce phénomène s'accompagne toujours de symptômes plus ou moins nombreux qui en dépendent d'une manière immédiate, tels sont la fréquence du pouls, la soif, l'inappétence, la céphalalgie, le brisement des membres, etc.

C'est sur ces phénomènes que M. Latour a voulu attirer l'attention du lecteur dans son second mémoire.

1° *Étude du pouls.* — L'auteur pense que les contractions du cœur sont sous l'influence du système nerveux cérébro-spinal et il fonde son opinion, non sur les vivisections qui ne peuvent être très concluantes lorsqu'elles intéressent des organes si essentiels à la vie, mais sur ce que ce même système est la condition indispensable des autres systèmes musculaires; sur ce que les animaux vertébrés, à sang froid, chez lesquels le système nerveux ganglionaire est à l'état rudimentaire, ont cependant un cœur contractile. Il établit ensuite la dépendance réciproque des deux systèmes nerveux ainsi, où la calorification cesse, la paralysie s'ensuit, et réciproquement. De même, lorsque la calorification devient plus active, les contractions du cœur s'animent et le pouls devient plus rapide: le pouls doit donc être souvent consulté. Mais l'auteur est loin d'admettre tout ce qu'ont écrit à cet égard les séméiologistes, qui ont cherché à juger toutes les maladies à ce seul symptôme. Il voit dans le pouls plein, fort, fréquent, l'indication d'une fièvre primitive et n'ayant encore allumé l'inflammation dans aucun organe; dans le pouls rebondissant, une fièvre très intense qui, précipitant les pulsations du cœur, occasione dans les derniers tubes artériels un engorgement et réaction de leur part sur le sang; dans le pouls fréquent, petit, irrégulier, une douleur vive qui force le malade à contracter les muscles du thorax pour comprimer le cerveau et rendre ainsi la douleur moins vive: c'est ce que l'on observe dans la péritonite, la pleurite, la pneumonie, etc.; dans la lenteur du pouls, au contraire, il voit l'indication d'une affection du parenchyme cérébral qui enlève au cerveau l'exercice de ses fonctions, etc.

L'auteur passe ensuite à l'étude des autres phénomènes. La soif ne lui paraît qu'une conséquence physique de l'excès de calorification et n'indique point la phlogose de l'estomac, il cite pour preuve des cas de gastrite sans qu'il y ait eu soif, tandis que la fièvre, au contraire, se présente rarement sans être accompagnée de ce symptôme. Il explique l'inappétence uniquement par le malaise du fébricitant; la céphalalgie, selon lui, n'annonce pas d'une manière plus positive l'inflammation de l'estomac; il ne voit qu'une conséquence de sa compression du cerveau par le sang dans la boîte osseuse inextensible. Enfin pour le traitement des membres, il en voit la source dans l'action réciproque de la calorification et de la sensation qui se fait au moyen du ganglion qui occupe la racine de chaque nerf spinal postérieur, et de sa branche de communication avec le tronc du grand sympathique.

M Latour ne pense pas qu'on puisse lui demander la preuve anatomique de cette théorie de la fièvre; en effet, quelle altération chercher dans un organe qui n'est modifié que dans ses propriétés? Il ne pense pas non plus qu'on puisse lui objecter les traces de phlegmasies trouvées sur le cadavre, car on peut y voir avec autant de raison un effet qu'une cause de la fièvre; et quand l'affection viscérale aurait précédé après une longue observation des malades, il croit être en droit de conclure que ce n'est point par l'irritation du cœur, mais par la médiation de l'excès de calorification générale qu'elle a fait naître la fièvre; et il ajoute, que dans les gastro-entérites typhoïdes de la nouvelle école, etc., c'est la fièvre qui constitue le danger du malade et non les rougeurs et les ulcérations de la membrane digestive.

Enfin l'auteur conclut ainsi: « Non, on ne peut le méconnaître, la fièvre n'est pas seulement un symptôme, elle est elle-même une maladie; tantôt existant seule, tantôt provoquée par une phlegmasie locale; elle consiste toujours dans une exagération de la calorification, et tous les symptômes qui la constituent sont la conséquence de cette exagération même. Le siége en est dans les ganglions et dans les nerfs qui en dépendent, ganglions et nerfs spéciaux de la chaleur animale. » Et pour nouvelle confirmation il nous présente, en terminant son mémoire, la fièvre intermittente dont il ne voit le siége dans aucun organe, et qui se signale par des retours périodiques de frissons et de chaleur.

3° *Rapport médico-légal sur un suicide par suspension;* par MM. Téallier et Gendrin. — Dans ce rapport, dans lequel on a dû constater la nature et les causes du décès de M. X...., M. Téallier, son médecin, atteste qu'un cadavre qu'on lui a montré suspendu par le col au moyen d'une forte ficelle, était bien celui de M. X....

La tête était renversée sur l'épaule droite, la langue volumineuse, la face pâle, violacée et froide, ainsi que les autres parties du corps recouvertes de leurs vêtemens; la roideur cadavérique et l'aspect vitreux des yeux ne laissa aucun doute sur la réalité de la mort. Il fut con-

staté que le cadavre ne portait l'empreinte extérieure d'aucune autre violence que celle qui résultait de l'action de la corde autour du col, qui avait laissé sur son passage une dépression étroite, profonde, ecchymosée sur ses bords, parcheminée au fond du sillon. A l'examen que l'on fit du cerveau, on trouva outre l'engorgement des sinus de la dure-mère et des vaisseaux cérébraux artériels et veineux, environ deux gros de sérosité rougeâtre, dans le ventricule latéral gauche, avec épaississement et ramollissement de la membrane interne de ce ventricule; il n'existait aucune souillure spermatique ni sur le linge ni sur la peau du cadavre. On dut rapprocher de ces résultats de l'examen du cadavre, la remarque que firent les personnes de la maison de l'air triste et mélancolique de M. X...., causé par un dérangement de fortune, etc., et l'on a cru pouvoir en tirer les conclusions suivantes : 1° M. X.... était affecté d'une plegmasie qui avait son siége dans les parois du ventricule droit du cerveau; 2° il a donné depuis un certain temps des signes non équivoques de mélancolie avec propension au suicide; 3° cette mélancolie pourrait être liée comme effet ou comme coïncidence à la lésion cérébrale chronique, constatée à l'ouverture de son corps; 4° le suicide a été la terminaison de cette mélancolie, etc.

4° *Histoire de l'épidémie de dysenterie qui a régné en Bretagne*, par MM. Verger et Chauvin (1er article). — MM. Verger et Chauvin n'ayant fait, dans ce premier article, qu'indiquer le plan de leur travail, nous différons d'en donner analyse, jusqu'à ce qu'il soit complété.

J. B.

REVUE DES JOURNAUX DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

(*Janvier* 1835.)

Le numéro de janvier contient :

1° *Considérations nouvelles sur la méthode de déplacement, applications et appareils;* deuxième mémoire faisant suite à celui sur le *filtre-presse de Rial;* par MM. Boullay père et fils.

2° *Sur les résines;* par Henri Rose (traduit de l'allemand).

3° *De la propriété des métaux et d'autres substances solides pour déterminer la combinaison des substances gazeuses;* par M. Faraday.

4° *Nouveau procédé pour obtenir la cantharidine;* par M. Thierry.

5° *Note sur la teinture d'opium;* par M. Salles.

6° *Nouvelles des sciences. Ariométrie.— Absorption de l'oxygène par la platine.—Sur quelques végétaux qui ont acquis en* 1834 *un volume extraordinaire;* par M. Bonastre.

7° *Programme de deux sujets de prix proposés par la Société de Pharmacie de Paris.*

Nous ne nous occuperons pas aujourd'hui des considérations de MM. Boullay sur la méthode de déplacement; mais nous présenterons à nos lecteurs, dans un des plus prochains numéros, une notice générale sur cette méthode de déplacement, qui est appelée à jouer un rôle important dans la pharmacie pratique. Nous allons actuellement tracer une analyse succincte des autres articles qui composent le numéro du *Journal de Pharmacie.*

Sur les résines, par M. Henri Rose (Extrait des *Annalen der physik und chemie*, 1834, page 33, 33e volume. — On sait par les recherches de MM. Blanchet et Sell, et de plusieurs autres chimistes, qu'une grande quantité d'huiles essentielles non oxigénées offrent la même composition.

Ainsi MM. Blanchet et Sell considèrent comme isomériques les deux huiles dont est composée l'essence de térébenthine, les deux huiles qui constituent l'essence de citron, on doit y joindre encore l'huile du baume de copahu, les deux huiles dont est formée l'huile de baies de genièvre, enfin l'essence de gérofle et celle de valériane, auxquelles M. Ettling a trouvé la même composition.

Les combinaisons de ces huiles avec l'oxygène qui constituent en partie les résines les plus répandues, n'ont pas encore été étudiées avec autant de soin qu'elles le méritent. M. Henri Rose s'est proposé de remplir cette lacune dans la science, et surtout de comparer entr'elles les résines formées par les huiles essentielles isomériques.

Les résines se divisent en deux grandes classes; celles qui jouissent des propriétés acides et celles qui doivent être considérées comme indifférentes.

Les unes et les autres peuvent pour la plupart être obtenues cristallisées.

Parmi les résines acides, M. Rose a étudié celle du baume de copahu et les deux résines de la colophane, dont l'une est cristallisable tandis que l'autre ne l'est pas.

Résine de baume de copahu.—C'est Schweitzer qui a indiqué le moyen d'obtenir cette résine, sous forme de beaux cristaux d'un blanc pur, solubles dans l'alcool froid et surtout dans l'alcool bouillant. La solution alcoolique de ces cristaux rougit le tournesol, et en se combinant aux bases inorganiques ils fournissent des composés qui ont toutes les propriétés des sels.

La composition de cette résine peut être exprimée par la formule : $C_{10} H_{16} O$.

Elle se combine facilement avec l'oxyde d'argent et fournit un sel formé d'oxyde d'argent, 28,42; résine, 71,58.

Pour obtenir cette combinaison, il ne suffit pas de verser une solution alcoolique de nitrate d'argent dans une solution également alcoolique de résine, car on n'obtient point ainsi de précipité; mais si l'on ajoute un peu d'ammoniaque il se forme une combinaison insoluble de résine et d'oxyde d'argent capable de se dissoudre complétement dans un excès d'ammoniaque. Le précipité ainsi obtenu est cristallisé et conserve sa structure cristalline même après la dessication.

M. Rose a combiné également la résine de copahu avec l'oxyde de plomb et la chaux, et

il est résulté de l'analyse de ces trois sels que cette résine forme avec les bases une série de combinaisons salines, dans lesquelles la proportion d'oxygène de la résine est quatre fois aussi considérable que celle de la base. Il paraît suivre de là que le poids atomique de la résine est quatre fois plus fort que ne l'indique la formule citée plus haut, et que cette formule doit être remplacée par la suivante : $C_{40} + H_{64} + O_4$. M. Rose pense qu'il est rationnel et peut être aussi plus rigoureux de transformer cette dernière formule en celle-ci :

$$4\,(C_{10} + H_{16}) + O_4.$$

Résine cristallisable de la colophane.— Cette résine peut être obtenue à l'état cristallisé, mais beaucoup plus difficilement que celle de copahu. Elle présente toutes les propriétés des acides et forme des combinaisons salines avec les bases organiques. Unverdorben la désigne sous le nom d'acide silvique. En la combinant avec l'oxyde de plomb et l'oxyde d'argent, M. Rose a reconnu qu'elle avait la même capacité de saturation que la résine de copahu. L'analyse lui a également démontré qu'elle avait la même composition élémentaire, et même que ni l'une ni l'autre ne contenait d'eau de cristallisation.

La résine incristallisable de la colophane, qu'Unverdorben désigne sous le nom d'acide pinique, présente aussi la même composition et la même capacité de saturation que les deux précédentes.

Il résulte des expériences précitées, que les résines produites par l'oxidation des huiles essentielles, ne sont pas seulement isomériques, mais qu'elles ont encore la même capacité de saturation à l'égard des bases.

Il est à remarquer aussi que les résines, considérées comme acides, diffèrent du plus grand nombre des acides d'origine organique connus jusqu'à ce jour par le manque d'eau de cristallisation.

Toutes les combinaisons des résines acides avec les bases qui ont été étudiées par M. Rose, ne contiennent pas non plus d'eau de cristallisation.

Dans la combinaison des résines avec les bases, la composition de ces deux corps ne subit aucun changement, et c'est ce qui établit une différence essentielle entre les résines et les acides gras, qui, comme on sait, contiennent de l'eau.

Résines qui ne possèdent pas les propriétés des acides, ou résines indifférentes. — Parmi les résines indifférentes et cristallines, il en est plusieurs que M. Bonastre a désignées autrefois sous le nom de sous-résines, et dont le caractère principal est d'être peu solubles dans l'alcool, et de se séparer en partie d'une solution alcoolique chaude. Telles sont les résines cristallines de l'élémi et de l'euphorbe.

Résine cristalline de l'élémi. — Si l'on traite la résine élémi par l'alcool froid d'abord, et ensuite par l'alcool bouillant, on peut par l'évaporation spontanée des liqueurs obtenir une quantité notable d'une résine cristalline, qui représente le tiers de l'élémi employé. Cette résine est d'un blanc pur et tout à fait sans action sur les réactifs colorés ; elle est formée de carbone 83,61, hydrogène 10,91 et oxygène 5,47, composition qui peut être représentée par la formule :

$$2\,(C_{10} + H_{16}) + O.$$

Cette formule exprimerait en même temps que cette résine est un degré inférieur de l'oxidation du radical, dont les degrés d'oxidation plus élevés sont les résines acides.

Résine cristalline de l'euphorbe. — Cette résine se prépare de la même manière que celle de l'élémi ; cependant elle en diffère par quelques propriétés qui permettent de les distinguer facilement. A la distillation sèche, cette résine se comporte comme celle de l'élémi, et comme elle fournit un baume de plus en plus brun et toujours acide.

Elle est composée de

Carbone	81,47
Hydrogène	11,33
Oxigène	7,20

M. Rose pense que cette résine est isomérique avec la résine cristalline de l'élémi, et que la différence dans la composition provient de ce que celle de l'euphorbe retient encore une petite quantité d'un corps étranger, qu'il n'est pas possible d'enlever complétement par des cristallisations répétées.

Février 1835.

On trouve dans le numéro de février du *Journal de Pharmacie :*

1° *Une analyse de l'eau sulfureuse de Chamounix*, par M. A. Morin, pharmacien à Genève ;

2° *Une notice sur la conéine de M. Geiger*, par M. Deschamps, pharmacien à Avallon, suivi d'un rapport dont cette notice a été l'objet, de la part de MM. Planche et Boultron ;

3° *Une note sur les propriétés de l'acide sulfurique sec*, par M. Aimé ;

4° *Un extrait d'un travail analytique de M. Laurens, sur l'eau de la Mer Méditerranée; un rapport sur ce travail, et une note sur ce même sujet ;*

5° *Une note sur la présence de l'arsenic dans le phosphore ;*

6° *L'indication d'un moyen de séparer la magnésie de la potasse et de la soude*, par M. J. Liebig.

Nous allons rendre compte des articles 1, 3, 5 et 6.

Analyse de l'eau sulfureuse de Chamounix, par M. Morin. — La source de Chamounix est froide ; elle est située sur la rive gauche de l'Arve, dans un terrain marécageux, formé d'une couche de tourbe et de terre végétale gazonnée, de six pouces d'épaisseur, et reposant sur un lit de gravier et de sable granitique. Elle présente une saveur et une odeur sulfureuse très prononcées.

Nous n'entrerons pas dans le détail des divers procédés analytiques, à l'aide desquels M. Morin est parvenu à déterminer la nature et les proportions des diverses substances contenues dans l'eau de Chamounix, nous nous bornerons à indiquer ses résultats, mais nous devons ajouter aussi qu'il a porté dans ses recherches une exactitude scrupuleuse, qu'il a eu recours aux moyens les plus précis qui soient connus.

1000 grammes d'eau de Chamounix ont fourni :

	grammes.
Glairine sèche	0,0329
Silice	0,0037
Chlorure de potassium . . .	0,0047
Chlorure de sodium	0,0076
Sulfate de chaux	0,0503
Sulfate de soude	0,1064
Oxyde de fer rouge	0,0040
Hydrosulfate de chaux. . .	0,0412
Bi-carbonate de soude . . .	0,1435
	cent cub.
Azote	19,65
Total. . .	0,3943

M. Morin a mis en œuvre les procédés les plus délicats pour découvrir dans l'eau qu'il soumettait à l'analyse, l'acide fluorique, le brôme et l'iode, sans réussir à en apercevoir la moindre trace.

Dans ses mémoires sur les sources sulfureuses des Pyrénées orientales, M. Anglada a fait remarquer que celles qui se trouvaient près des montagnes primitives ne contenaient pas en général plus de 1/3000 de matières, quelque célébrité qu'eussent d'ailleurs ces eaux, sous le rapport médical. Indépendamment de quelques sels variables, tels que des sulfates et des chlorures, il a retrouvé dans toutes les sources :

De l'azote, de la glairine, de l'hydrosulfate de soude souvent en partie décomposé, du sous-carbonate de soude, de la silice; de telle sorte que l'on peut considérer la réunion de ces cinq substances comme le type de la composition des eaux sulfureuses des Pyrénées orientales.

Après avoir rappelé ce résultat, M. Morin ajoute les réflexions suivantes :

« Je viens d'établir, dit-il, que l'eau de Chamounix, située dans une vallée tout entourée de montagnes primitives, contient une très petite proportion de matières, puisque le poids total ne dépasse que de fort peu 1/3000, et que ces matières consistent en oxyde de fer, en sulfates et en chlorures, qu'on peut considérer comme variables, et de plus, en

Azote,
Glairine,
Hydrosulfate de chaux,
Bi-carbonate de soude,
Silice.

On peut donc admettre que ces cinq substances forment la base des eaux sulfureuses de la partie primitive des Alpes qui avoisinent le Mont-Blanc, et si cette composition se trouvait confirmée par l'analyse d'autres sources, sortant de la même chaîne de montagnes, l'analogie entre les eaux sulfureuses des Alpes et celles des Pyrénées serait frappante, et elles différeraient entre elles par cela seulement que l'hydrosulfate et le carbonate de soude de ces dernières seraient remplacés dans les autres par de l'hydrosulfate de chaux et du bi-carbonate de soude.

Note sur les propriétés de l'acide sulfurique sec, par M. Aimé. — En mettant en contact de l'hydrogène carboné des marais avec de l'acide sulfurique sec, M. Aimé a observé qu'il ne se produisait aucune absorption; mais en plaçant dans les mêmes circonstances de l'hydrogène bi-carboné, il a obtenu une absorption considérable, accompagnée de formation d'eau, d'acide sulfureux et de charbon. M. Aimé trouve dans cette différence d'action un moyen assez commode pour séparer le gaz hydrogène proto-carboné du gaz hydrogène bi-carboné, et regarde l'acide sulfurique anhydre comme plus commode pour cet objet que le chlore qui décompose l'hydrogène proto-carboné.

L'acide sulfurique anhydre introduit sur le mercure dans une éprouvette remplie d'hydrogène perphosphoré donne naissance à des vapeurs jaunes qui se déposent sur les parois de l'éprouvette, et se réunissent ensuite en gouttelettes violettes; l'acide lui-même est transformé en un liquide bleu indigo, et l'hydrogène perphosphoré passe à l'état d'hydrogène proto-phosphoré.

L'acide sulfurique anhydre décompose aussi l'hydrogène arseniqué, et il se dépose de l'arsenic qui, en réagissant sur l'acide, donne naissance à de l'acide arsenique et de l'acide sulfureux.

M. Aimé a examiné ensuite l'action de l'acide sulfurique sec sur les acides hydrochlorique, hydriodique, hydrobromique et sur le deutoxide d'azote, et s'est assuré qu'ils pouvaient être absorbés; mais il n'a pas poussé plus loin ses recherches.

Sur la présence de l'arsenic dans le phosphore, *Annalen der Pharmacie*, numéro du 7 septembre 1834. — M. Hertz, pharmacien à Berlin, ayant remarqué que de l'acide phosphorique préparé avec de l'acide nitrique et du phosphore, se colorait en jaune par l'hydrogène sulfuré, M. Barwald donna suite à cette observation, et retira huit grains de sulfure jaune d'arsenic d'un litre d'acide phosphorique, traversé par un courant d'hydrogène sulfuré. De l'acide phosphorique, pris dans d'autres pharmacies de Berlin, lui donna les mêmes résultats, et il fit toutes les recherches nécessaires pour se convaincre que l'arsenic ne pouvait venir que du phosphore lui-même. Il apprit d'ailleurs que l'eau dans laquelle on a long-temps conservé du phosphore, contient aussi quelquefois de l'arsenic. Enfin, il s'assura que l'on pouvait mêler au phosphore une quantité assez considérable d'arsenic, sans que son aspect extérieur en fût sensiblement chargé. Seulement, selon la proportion d'arsenic, sa couleur était plus foncée, ou d'un jaune gris plus prononcé, surtout à la surface.

M. Barwald attribue la présence de ce métal dans le phosphore à l'acide sulfurique employé à sa préparation, et propose, pour obtenir de l'acide phosphorique pur, de le traiter par un courant d'hydrogène sulfuré, et ensuite par le charbon, pour le débarrasser de l'odeur de ce gaz.

Il est facile d'admettre la présence de l'arsenic dans l'acide sulfurique de l'Allemagne, puisque les pyrites arsenifères sont très abondantes dans cette contrée.

MM. Liebig et Wittstock ont constaté la présence de l'arsenic dans du phosphore d'Allemagne, et ont aussi reconnu, comme M. Barwald, que dans l'oxidation du phosphore par l'acide nitrique étendu, il ne se forme en grande partie que de l'acide phosphoreux. M. Liebig a remarqué, en outre, que lorsqu'on fait évaporer cette dissolution acide, pour chasser l'a-

cide nitrique, il se développe de l'hydrogène phosphoré, qui réduit tout l'acide arsenique ou arsénieux qu'elle contient, et donne naissance à un précipité d'arsenic métallique; il propose, en conséquence, pour obtenir de l'acide phosphorique pur, de traiter le phosphore par l'acide nitrique étendu, d'évaporer la liqueur jusqu'à ce qu'il se soit déposé de l'arsenic, et de purifier une seconde et même une troisième fois le produit par de l'acide phosphatique.

Moyen de séparer la magnésie de la potasse et de la soude, ou plutôt de reconnaître la présence du sulfate de soude dans le sulfate de magnésie, par J. Liebig. — Ce moyen consiste à précipiter la dissolution des deux sels par le sulfure de barium cristallisé, ou par la baryte caustique, qui séparent toute la magnésie de la soude ou de la potasse. Celle-ci reste dans la liqueur avec un excès de baryte ou de sulfure de barium; on neutralise par l'acide sulfurique, on filtre, on évapore, on chauffe au rouge, et on obtient tout le sulfate de soude qui était mélangé avec le sulfate de magnésie.

F. B.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Extraits par M. le Dr Chambeyron.)

London medical and surgical journal.

(*Janvier* 1835.)

Ce numéro contient : 1° Les leçons du docteur Graves, *sur la lumière considérée dans ses rapports avec les animaux, avec leurs fonctions et avec les matières animales; sur la température, et sur les moyens que la nature a donnés aux animaux de résister aux températures extrêmes; enfin, sur l'électricité, le galvanisme et le magnétisme animal;* 2° celles du docteur Rigby, *sur les maladies des femmes et des enfans;* 3° celles du docteur Graham, *sur la médecine légale;* 4° *des observations cliniques sur la brûlure et les cicatrices qui en résultent*, par le docteur White; 5° enfin (et cet article, pour n'être pas purement médical, n'est pas le moins curieux de tous), *un désaveu formel*, par les docteurs Graves et Stokes, *des leçons publiées sous leurs noms dans le* JOURNAL DE RYAN. C'est un fait à retenir.

Les leçons de MM. Graves et Rigby sont loin d'être dépourvues d'intérêt; mais comme elles sont élémentaires, elles manquent d'applications pratiques.

Medical quarterly Review. — (*Janvier* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Sur les progrès récens de la médecine et de la chirurgie*, par l'Éditeur; 2° *sur la formation de la pupille artificielle sans lésion du cristallin ni de la membrane cristalline*, par le docteur F. Tyrrell; 3° *Observations extraites de l'agenda de M. H. Davies;* 4° *Remarques sur l'anévrisme des artères cérébrales*, par le docteur Th. King; 5° *Observations de cardite*, par le docteur Strond; 6° *Chute du nez à la suite d'une affection syphilitique, rhinoplastie*, par le docteur Tyrrell; 7° *Ulcérations du cœur*, par le docteur Hicks.

Pupille artificielle. — M. Tyrrell commence par déterminer les cas où l'opération est praticable; elle offre des chances de succès dans les cas de prolapsus de l'iris, lors même que la pupille est complétement détruite, pourvu que la cornée soit restée transparente dans le tiers, ou du moins le quart de son étendue, et que le malade puisse distinguer le jour de l'obscurité. Mais on ne saurait la tenter, si l'iris est décolorée, obscure; car alors elle a été enflammée et a contracté des adhérences avec la capsule cristalline, qui, elle-même, se trouve épaissie. Elle est surtout praticable, lorsque l'iris est saine et que la vision n'est empêchée que par l'opacité du centre de la cornée, à la suite d'une blessure, d'un ulcère, d'une cautérisation, etc. Le procédé conseillé par l'auteur consiste à pratiquer une incision à la cornée transparente, tout près de sa circonférence, à introduire par cette ouverture un crochet mousse qu'on engage dans la pupille, et au moyen duquel on exerce sur l'iris une légère traction; on enlève alors avec des ciseaux la portion de cette membrane qui fait hernie à travers la plaie pratiquée à la cornée.

Anévrisme des artères cérébrales. — Dans trois cas d'hémorrhagies cérébrales, M. King a trouvé des tumeurs anévrismales sur l'artère cérébrale antérieure, et sur la moyenne. Ces tumeurs s'étaient rompues et avaient donné lieu à l'épanchement. Aucune conclusion pratique.

Rhinoplastie. — M. Tyrrell a pratiqué la rhinoplastie dans un cas de destruction du nez par la syphilis; le procédé qu'il a suivi est tout simplement celui de Taliacot; mais il a imaginé de soutenir le lambeau destiné à remplacer l'organe détruit, à l'aide d'un nez en platine. Au bout de trois semaines, malgré le soin qu'avait eu M. Tyrrell de ne point ménager la peau du front, la rétraction inégale du lambeau a mis à découvert la plaque métallique et en a exigé l'ablation.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Wissenschaftlichen annalen der gesammten Heilkunde.

(*Journal de Hecker.* — *Octobre* 1834.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Matériaux pour l'histoire du choléra à Altona*, par le docteur Steinheim; 2° *Sur les flèches empoisonnées des Hottentots*, par le docteur Krebs; travail fort curieux, dans lequel l'auteur expose les nombreuses recherches qu'il a faites sur les propriétés physiques et chimiques de la substance vénéneuse employée par les Hottentots; les expériences par lesquelles il a vérifié son action sur l'économie animale, lorsqu'elle y est introduite pure, ou bien sous forme d'eau distillée, de teinture, d'extrait, etc., etc.; enfin, les notions

récentes qu'il a recueillies sur les Hottentots; 3° *Du scorbut observé à l'hôpital maritime de Cronstadt et sur les bâtimens de la marine russe*, par le docteur Rudolph Krebel; 4° *De l'héméralopie et de la nyctalopie*, par le même.

Journal der praktischen Heilkunde.

(*Journal de Hufeland. — Septembre* 1834.)

Articles originaux. — 1° *Remarques pratiques sur le choléra*, par le docteur Ellisen; 2° *Observations pratiques*, par le docteur Krimer; 3° *Observations cliniques sur la syphilis*, par le docteur Droste; 4° *Epidémie de fièvre épigastrique nerveuse;* febris assades *des anciens*, par le docteur Kahleis; 5° *Mort par brûlure et asphyxie*, par le docteur Graff (suite).

Observations pratiques, par le docteur Krimer: 1° *Guérison remarquable d'une épilepsie.* Une jeune femme, forte et robuste, était affectée d'épilepsie depuis l'âge de six ans, sans qu'on pût attribuer cette fâcheuse maladie à d'autres causes que la crainte d'une punition sévère pour une faute commise à l'école. Les accès étaient fort irréguliers: tantôt ils se montraient seulement le jour, tantôt ils n'apparaissaient que la nuit; leur durée variait de dix minutes à six heures, et celle des intervalles qui les séparaient, de vingt-quatre heures à six semaines. Une foule de moyens rationnels ou empiriques furent mis en usage sans succès; la saignée seule agissait d'une manière favorable sur la fréquence et sur la durée des accès. Les bons effets du carbonate de fer dans la chorée engagèrent M. Krimer à employer ce remède. Il le prescrivit à la dose d'un scrupule toutes les trois heures; à la troisième dose, l'accès d'épilepsie se développa avec une telle violence, qu'on eut des craintes sérieuses pour la vie de la malade. Il se prolongea trois heures sans diminuer d'intensité, et se termina par un état d'engourdissement stupide, qui persista pendant environ huit heures. Lorsque la malade revint à elle, ses membres étaient brisés, et toutes ses articulations endolories. Le jour suivant, tout son corps fut couvert d'une éruption très bien caractérisée (*scabies purulenta*), qui céda assez rapidement à l'emploi du soufre. Six ans se sont écoulés depuis lors, et l'épilepsie n'a jamais reparu. — 2° *Hypochondrie à la suite d'une blennorrhagie supprimée.* — 3° *Cataracte.* — Un homme de cinquante ans, affecté d'une cataracte laiteuse ou caséeuse, fait une chute dans un escalier; le cristallin, détaché par la secousse, passe à travers la pupille dans la chambre antérieure. On incise la cornée pour lui livrer passage, et on le trouve complétement dissous dans l'humeur aqueuse. L'écoulement du liquide, devenu trouble, rétablit complétement la vision. — 4° On sait combien il est quelquefois difficile d'extraire les paillettes de fer qui sautent dans l'œil des forgerons, et s'enfoncent profondément dans la cornée ou dans la sclérotique. M. Krimer fait baigner l'œil dans le mélange ci-après:

Acide hydrochlorique pur, vingt gouttes.
Eau de rose . . . . . deux onces.
Mucilage de coings. . . . . un gros.

Dix minutes suffisent d'ordinaire pour dissoudre une batiture, même assez volumineuse. On lave ensuite l'œil avec du lait, puis on le couvre de compresses d'eau froide pour prévenir la conjonctivité. — 5° *Conformation vicieuse du vagin.* — Une jeune fille éprouve les symptômes qui se lient ordinairement à l'établissement difficile de la menstruation; ces symptômes se prolongent pendant quatre ans; les règles ne paraissent point. On conseille le mariage; l'acte est consommé sans plaisir ni peine pour la jeune épouse; mais les douleurs abdominales persistent et la menstruation ne s'établit point. Neuf mois après, les parties génitales sont examinées; l'orifice vaginal n'offre aucune trace d'hymen, mais cette membrane existe à deux pouces environ de profondeur; elle est percée à son centre d'un trou circulaire: on la divise par une incision cruciale, et l'on parvient à une tumeur saillante dans laquelle on ne peut découvrir, ni avec les doigts, ni à l'aide du spéculum, aucune ouverture communiquant avec l'intérieur de la matrice. Une fluctuation manifeste s'y fait pourtant sentir, et une ponction pratiquée donne issue à deux onces de sang noir, de consistance sirupeuse. Le mois suivant, toutes choses sont revenues à leur état primitif; nouvelle opération, suivie du même résultat. L'introduction de bourdonnets de charpie devient douloureuse au bout de quelques heures; on les retire, et l'on se borne à recommander l'usage fréquent du coït, qui, depuis la première opération, n'est plus indifférent à la jeune femme. Néanmoins les mêmes accidens se reproduisent au troisième mois, et l'occlusion de la matrice est aussi complète que jamais. Alors on se décide à l'amputation de la portion vaginale de l'utérus. Cette opération, pratiquée suivant la méthode de M. Lisfranc, n'entraîne aucune suite fâcheuse. Deux jours après, la menstruation s'accomplit sans difficulté, et depuis lors, elle a eu lieu dix fois, avec la plus grande régularité. — 6° *Quelques mots sur le traitement de l'endurcissement et du squirrhe de l'utérus.* — Sur la parole des médecins français, M. Krimer a pratiqué plusieurs fois l'excision d'une partie plus ou moins considérable de l'utérus, dans le cas de squirrhe ou de carcinôme; et toujours l'affection cancéreuse s'est reproduite au bout d'un laps de temps fort court. A ces observations, il ajoute celle d'une dame française, opérée à Paris, et comptée parmi les victimes le plus heureusement arrachées à la mort, laquelle cependant a péri, six mois après l'opération, à Ostende, *sans que pour cela l'opérateur ait averti le public médical de ce revers inattendu.* Les adultes de la science riront de cette naïveté d'enfant. Quoi qu'il en soit, M. Krimer conclut qu'un certain nombre des cancéreuses guéries en France, par l'opération indiquée, ont péri, et que le reste était affecté seulement d'induration, d'ulcères avec gonflement, de varices avec érosion du col de l'utérus. Il a, dit-il, observé fréquemment ce dernier cas chez des filles ou des femmes très excitables, très passionnées, dont la menstruation était irrégulière, et qui se plaignaient de flueurs blanches, de crampes d'estomac et de malaise, et de symptômes hystériques. Voici la méthode par laquelle il combat avec succès cette affection de l'utérus, même lorsqu'elle date de plusieurs années. Il fait d'abord appliquer des sangsues aux petites lèvres chez les filles, et sur le col même

de l'utérus chez les femmes ; il administre ensuite le sel ammoniac à la dose d'un scrupule, avec addition de quatre, six ou huit grains de *canium maculatum* (grande ciguë) en poudre. Cette dose est répétée quatre ou cinq fois le jour chez les individus scrophuleux ; il ajoute à ces médicamens quinze à vingt grains de charbon animal, et en continue l'emploi pendant quinze jours ou trois semaines. La prochaine éruption des règles une fois terminée, il reprend l'usage de la poudre indiquée ci-dessus, et applique immédiatement l'hydrochlorate d'or sur la partie malade. Pour cela, il emploie un chalumeau de platine ou d'ébène, de cinq pouces de longueur et de trois lignes de diamètre, qu'il dirige sur le col de l'utérus, après y avoir introduit un grain d'hydrochlorate mêlé à une petite quantité de sucre. A l'aide d'un long pinceau, il pousse la substance médicamenteuse jusque dans l'intérieur même de l'orifice utérin. L'opération est répétée tous les jours, et dans l'intervalle, on pratique des injections avec une infusion de camomille, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'eau distillée de laurier cerise. On suspend de nouveau le traitement à l'approche de la menstruation, qui se fait alors avec plus d'abondance. Deux jours après la cessation des règles, l'on revient aux moyens déjà employés, etc. Il est rare, ajoute l'auteur, que j'aie été obligé de persister au delà du troisième mois, pour obtenir la guérison complète.

Guérison d'un vomissement chronique, par le docteur Baumbach. — Un ivrogne, qui avait passé la cinquantaine, se plaignait depuis huit ans de vomir tous les matins; l'appétit était fort mauvais, toutefois la constitution ne paraissait pas trop altérée. Au mois de mars, il survint un érysipèle à la face ; dès le second jour, le malade ne pouvait rien prendre sans vomir immédiatement. Tout l'abdomen était enflé, surtout dans la région épigastrique ; le pouls était lent et faible. L'acide carbonique, la belladone, l'ipécacuanha, l'opium, le calomel furent employés successivement sans le moindre résultat avantageux. Enfin, le vomissement durait depuis six semaines, et l'on commençait à croire à une induration du pylore, lorsqu'on eut recours à la préparation suivante :

℞ Extrait de grande ciguë, deux gros.
Faites dissoudre dans :
Eau distillée de laurier-cerise, une demi-once.
A prendre trente gouttes matin et soir.

Dès le premier jour, il n'y eut qu'un vomissement ; il n'y en eut point le second ; le troisième, le malade en fut quitte pour quelques nausées. La guérison ne s'est pas démentie depuis lors.

MEDIZINISCHE ZEITUNG.

(*Gazette médicale de Berlin. — Octobre* 1834.)

ARTICLES ORIGINAUX. — Ire feuille : 1° *Quelques remarques sur le rôle probable que joue le système ganglionaire dans la production de l'aliénation mentale*, par le docteur Flemming ; 2° *Leukose*, par le docteur Meyer. Il s'agit de la famille d'un homme de quarante ans, fort et robuste, aux cheveux et à la barbe noirs, aux yeux bleus foncés, et dont la femme, âgée de trente-cinq ans, présente les mêmes caractères. Sur quatre enfans, le premier et le troisième (une fille et un garçon) ressemblent fort à leurs parens pour la constitution et l'habitude extérieure ; le deuxième et le quatrième (également fille et garçon) sont albinos ; 3° *De l'eau chaude employée à l'extérieur contre le croup*, par le docteur Lehmann ; 4° *Affections mortelles du cerveau, survenues chez deux enfans, par suite d'une chute sur l'occiput*, par le docteur Horn.

IIe Feuille : 1° *Qu'entendaient les anciens par le mot* phrenitis, *et quel rapport y a-t-il entre la maladie qu'ils désignaient ainsi et* l'encéphalite *des modernes?* par le docteur Simon ; 2° *Recherches sur la vaccine*, par le docteur Carganico ; 3° *Constitution médicale de Berlin*, etc. ; 4° *Fête donnée au docteur Wiebel, à l'occasion du cinquantième anniversaire de son entrée au service.*

IIIe Feuille : 1° *Variole observée sur des enfans vacinés et sur des enfans non vaccinés*, par le docteur Carganico ; 2° *Adhérence singulière du cœur et de l'S du colon aux parois de la vessie ; communication établie entre ces deux portions du canal intestinal par l'intermédiaire d'une espèce de cloaque*, par le docteur Malin ; 3° *Mélanges pratiques.*

IVe Feuille : 1° *Blennorrhagie suivie d'un gonflement inflammatoire du testicule avec le type intermittent*, par le docteur Simon ; 2° *Héméralopie épidémique dans un régiment d'infanterie ;* 3° *Extirpation d'un polype de la matrice*, par le docteur Tschepke.

Ve Feuille : 1° *Diarrhée et névrose intermittentes*, par le docteur Tschepke ; 2° *Résultats d'essais tentés avec la* liqueur hémostatique *de* Hummel *et* Jaeniche ; 3° *Formation tardive du cal*, par le docteur Steinheim.

De l'eau chaude contre le croup. — On sait que les Russes ont beaucoup vanté les affusions d'eau froide sur la partie postérieure du thorax dans la première période du croup. Ils placent l'enfant dans une baignoire, entièrement nu et couché sur le ventre, lui versent, d'une certaine hauteur, de l'eau froide sur toute la région dorsale, puis l'enveloppent dans une couverture de laine, et le placent dans son lit, où s'établit promptement une transpiration abondante, qu'on favorise par l'administration de boissons chaudes et aromatiques. Aussitôt que l'évacuation cutanée est bien établie, l'état fébrile disparaît, la toux cesse, ainsi que la difficulté de respirer ; le croup avorte, et quelques soins hygiéniques suffisent pour en prévenir le retour immédiat. Chez nous, une telle médication serait regardée comme presque aussi dangereuse que le mal auquel on l'opposerait, et l'on n'oserait y recourir que lorsque tous les autres moyens auraient échoué ; cependant elle n'est suivie de succès que lorsque elle est mise en usage avant la formation des fausses membranes. Voici une méthode moins effrayante, et qui, suivant M. Lehmann, qui la propose, est suivie des résultats les plus avantageux. Elle consiste à tremper une éponge dans l'eau presque bouillante, mais pas assez chaude pour produire la vésication, et, après l'avoir modé-

rément exprimée, à l'appliquer sur la région laryngée. Au bout de quelques instans, on lui en substitue une autre, et l'on alterne ainsi pendant dix à vingt minutes. Il ne tarde pas à se manifester, sur la peau de la région antérieure du col, une vive rougeur, accompagnée d'une sueur générale qu'on facilite en faisant prendre quelques tasses d'infusion de sureau ou de camomille. La disparition de la dyspnée, de l'enrouement, de la toux croupale a lieu avec autant de promptitude que dans la méthode indiquée plus haut, dont les Russes ne parlent qu'avec enthousiasme. Mais il est également essentiel d'arriver avant que l'exsudation concrescible ait commencé à se faire.

Recherches sur la vaccination directe de la vache à l'homme. — Nous ne suivrons pas M. Carganico dans le détail des diverses expériences par lesquelles il a cherché à éclaircir la question de savoir si le virus-vaccin va se détériorant à mesure qu'il s'éloigne de son origine, et si celui qu'on recueille immédiatement sur une vache a une vertu préservative plus sûre que celui qui, en passant par un grand nombre d'êtres humains, a dû être modifié par la constitution de chacun d'eux. Il nous suffira de dire que ces expériences ont été faites avec soin sur une grande échelle, qu'elles ont été répétées trois années de suite, et aussi variées que leur nature le permettait. La conclusion que l'auteur en tire est celle-ci : qu'il n'y a aucune différence appréciable entre les phénomènes produits par le vaccin pris immédiatement sur la vache et ceux que détermine le vaccin communiqué de l'homme à l'homme.

— Deux médecins des armées prussiennes, parvenus aux plus hautes dignités auxquelles leur profession pût leur permettre de prétendre, Wiebel et Trommelsdorff, viennent d'achever leur cinquantième année de service. Cette circonstance a été pour chacun d'eux l'occasion d'une fête publique, nous dirions presque nationale. Ainsi, les professions comme la nôtre conservent le respect et la vénération de la multitude, quand ceux qui les exercent se respectent et s'honorent réciproquement. Ces fêtes, véritablement patriarchales, font l'éloge de nos confrères d'outre Rhin.

Observations de variole chez des individus vaccinés et chez des individus non vaccinés. — Voici les résultats en chiffres :

	Individus Vaccinés,	non vaccinés.
Éruption difficile, variole confluente . . .	2	55
Morts	0	13
Varioloïde d'intensité moyenne	33	11
Variole légère, incomplète	30	3

Mélanges pratiques : 1° *Application des sangsues.* — Il est très difficile d'appliquer les sangsues sur un point très circonscrit ; si on les tient avec les doigts, elles font beaucoup de mouvemens, prennent avec lenteur et s'écartent du point précis où l'on voudrait qu'elles mordissent. Les place-t-on dans un cornet de papier, dans un petit verre, etc., elles y sont gênées ; les plus affamées se gonflent avant que les autres soient prises, et, le verre une fois soulevé, il n'est plus possible d'y faire rentrer celles qui s'échappent. Le docteur Elben, mort en Turquie, lors de la guerre de la Russie avec l'empire ottomane, obviait à ces inconvéniens d'une manière assez simple. Il couvrait la partie malade d'un grand papier brouillard, dans lequel il avait pratiqué de petits trous, et qu'il avait mouillé ensuite ; puis il plaçait les sangsues sur le papier, en veillant seulement à ce qu'elles ne s'en écartassent pas. Ces animaux, ne pouvant trouver un point d'appui solide sur la surface rugueuse du papier, s'agitaient jusqu'à ce qu'ils eussent trouvé chacun un trou pour appliquer leur bouche à la peau. Quand ils étaient tous bien pris, il était facile de déchirer le papier mouillé et de l'enlever sans les déranger le moins du monde. — 2° Le même médecin, pour soulager les individus atteints de fractures compliquées, à qui le passage d'une voiture causait des secousses douloureuses, avait imaginé de placer six à huit rondelles de feutre sous chacun des pieds du lit. On pourrait, au lieu de feutre, employer des pelottes remplies de balle d'avoine, de paille hachée, etc.

Gonflement inflammatoire du testicule, affectant le type intermittent, à la suite d'une blennorrhagie. — A la suite d'un coït impur, un jeune homme fut affecté d'un écoulement peu considérable, qui lui causait fort peu de douleur. Au bout de cinq ou six jours, les douleurs devinrent très vives, et la blennorrhagie fort abondante. Cette exacerbation ne dura qu'un jour, et, le lendemain, tout rentra dans l'ordre accoutumé. Le surlendemain, nouveau paroxysme, accompagné d'alternatives de frissons et de chaleur. On eut d'abord recours à un vomitif ; puis, on administra le sulfate de quinine, le jour de l'intermission, à la dose de neuf grains en trois prises. Le prochain accès fut retardé d'une demi-journée ; le suivant manqua tout à fait, et l'écoulement disparut sans autre médication et sans que cette brusque suppression amenât le plus léger accident.

A ce fait, M. Simon en ajoute cinq autres, dans lesquels l'écoulement fut accompagné de gonflement inflammatoire du testicule et de douleurs intermittentes extrêmement vives, naissant comme par une explosion, et atteignant en quelques minutes leur *summum* d'intensité. Ces douleurs avaient pour siége, tantôt le testicule engorgé, tantôt le trajet du cordon, tantôt toute la région hypogastrique et inguinale. Elles étaient quelquefois précédées de frissons, et toujours accompagnées d'un état fébrile plus ou moins prononcé, plus ou moins énergique. La langue était blanche, les urines rouges et troubles, comme il arrive ordinairement dans le premier stade des fièvres intermittentes, etc. Après avoir recouru en vain aux bains locaux, aux applications émollientes et narcotiques, aux frictions mercurielles, aux saignées locales, on employa le sulfate de quinine. Cette médication fut couronnée d'un plein succès ; néanmoins, chez le dernier des cinq malades, bien que la névrose affectât le type tierce, comme chez les quatre autres, et que les premières doses de sulfate de quinine eussent produit une amélioration notable, la guérison se fit attendre plusieurs mois.

Diarrhée intermittente. — Un enfant de trois

ans était pris, de deux jours l'un, d'un dévoiement considérable; du reste, aucun symptôme de fièvre intermittente proprement dite. Le jour de l'intermission, l'appétit était excellent; le petit malade se livrait avec ardeur à ses jeux. Les accidens cédèrent à l'emploi du sulfate de quinine. Vingt et un jours après leur entière cessation, la diarrhée reparut; on laissa marcher la maladie pendant six jours, afin de vérifier la régularité de l'intermittence; enfin, on administra de nouveau la quinine. Le dévoiement fut promptement supprimé, et ne revint pas.

MÉLANGES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 février.

Altération des écritures. — Dans une lettre transmise à l'Académie des Sciences par M. le Garde des Sceaux, M. Bouligni indiquait un moyen d'écrire avec la teinture d'iode des caractères qui s'effaceraient d'eux-mêmes avec le temps. M. Chevalier crut convenable de rechercher les moyens de reconnaître cette fraude, dans le cas où quelqu'un serait tenté de s'en servir, et d'apprécier les chances de réussite qu'elle présente au faussaire; il a reconnu dans les expériences qu'il a faites à ce sujet :

1° Que l'écriture tracée avec la teinture d'iode sur papier collé à la fécule, diffère de l'écriture tracée avec l'encre ordinaire, en ce qu'elle n'a ni la même couleur ni la même netteté;

2° Que la différence de couleur augmente sensiblement en peu de temps, et que le tracé à l'iode passe au violet rougeâtre;

3° Que la disparition du tracé fait avec la teinture d'iode sur le papier collé à la fécule, s'opère lentement lorsque le papier est renfermé dans un portefeuille;

4° Que même à l'air libre, la disparition de l'écriture exige toujours un laps de temps assez considérable;

5° Que l'on peut faire reparaître le tracé à l'iode de manière à pouvoir le faire lire;

6° Que le moyen pour obtenir cette réapparition consiste à mouiller, à l'aide d'un pinceau, le papier qui a été couvert de cette écriture avec une solution de chlore, dans laquelle on ajoute une très petite quantité d'acide sulfurique;

7° Que l'écriture qui a reparu disparaît ensuite de nouveau, mais qu'elle met assez longtemps à disparaître pour qu'on en puisse prendre une copie authentique;

8° Que le papier fin, d'une texture serrée, paraît retenir mieux l'iodure d'amidon que ne le fait un papier de qualité inférieure, et que la revivification de l'écriture y est plus facile.

Orthopédie. — MM. Pravas et Guérin exposent, dans une lettre, quelques uns des principes qui les ont guidés dans le choix ou l'invention des méthodes qu'ils ont adoptées pour le traitement des difformités. Cette branche de l'art de guérir, qui ne date que d'un petit nombre d'années, a d'abord consisté presque exclusivement dans l'emploi d'appareils mécaniques, de sorte que des personnes, même tout à fait étrangères à la médecine, se croyaient assez de lumières pour n'avoir plus besoin d'aucun conseil, du moment où elles possédaient l'appareil. Il en est résulté que souvent ou bien il n'y a eu que guérison apparente suivie d'une prompte rechute, ou que l'état du malade n'a pas changé, ou enfin que des accidens auxquels il eût été aisé de remédier, se sont aggravés notablement.

Pour arriver au résultat qu'on se propose, il ne faut pas perdre de vue, 1° qu'il ne s'agit pas d'opérer un redressement général, mais que certaines courbures qui existent dans l'état normal doivent être respectées, et qu'ainsi les appareils doivent être construits de manière à n'exercer des efforts que là où il y a une direction à changer; 2° que ce n'est pas un corps inerte qu'il s'agit de réformer, mais un corps doué de vie, de sensibilité, de mouvement, et que ces trois circonstances fournissent chacune des indications spéciales; 3° que les difformités auxquelles on se propose de remédier ne sont, dans bien des cas, qu'un symptôme d'un état maladif général, qu'il faut avant tout combattre par le régime, l'exercice, les médications; 4° enfin que, dans le choix des exercices comme dans celui des appareils, il n'y a pas de règles générales à tracer, et que cette partie du traitement doit être modifiée suivant les circonstances : enfin il est des cas où l'emploi le mieux dirigé de ces moyens ne présente aucune chance de succès.

Conchyliologie. — M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire fait un rapport sur un ouvrage ayant pour titre : *Spécies général et monographie des coquilles vivantes*, par M. Krenner.

Organogénie végétale. — M. Dutrochet lit un mémoire intitulé : *Observation sur la formation du périsperme de la graine du tame.*

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux candidats, l'un pour la place de professeur suppléant de chimie à l'École de pharmacie, l'autre pour celle de professeur suppléant de pharmacie à la même école : MM. Gaultier de Claubry et Chevalier obtiennent la majorité des suffrages.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 février.

On lit une ordonnance du roi, qui supprime les membres adjoints et les réunit aux membres titulaires. A l'avenir donc, les membres résidans jouiront tous, dans le sein de l'Académie, des mêmes droits et prérogatives.

Charbon de la face, guéri par cautérisation. — M. Lisfranc rapporte l'histoire d'une affection charbonneuse, développée sur les deux paupières du côté droit chez un laveur de laine. L'escharre existait déjà; M. Lisfranc

l'incisa, puis la cautérisa avec le cautère actuel, jusqu'à production d'une brûlure au second degré, dans une étendue de trois pouces autour des parties frappées de mort. L'élimination de celles-ci se fit régulièrement; elles laissèrent à leur place un ulcère occupant toute la face antérieure des deux paupières. Pour éviter les difformités de la cicatrice, M. Lisfranc appliqua deux bandes de diachylon, qui, de la tempe, gagnaient le front, la racine du nez, se moulaient sur l'orbite, et laissaient entre elles une ouverture pour permettre la vision; de la charpie, des compresses, un monocle par-dessus. La cicatrice a été des plus régulières.

Le même chirurgien présente encore un homme à qui il a enlevé la moitié droite de la mâchoire inférieure. Toute la face antérieure du pharynx, de ce côté, a été mise à découvert. La difformité est peu notable eu égard à la nature de l'opération. Il soumet aussi à l'Académie un homme qui porte des doigts et des orteils surnuméraires, et dont le père et la sœur offraient déjà la même anomalie.

Séance du 10 février.

Frambœsia ou pian. — M. Bédor, de Troyes, montre deux dessins coloriés, représentant un cas d'affection cutanée, à laquelle il donne le nom de *frambœsia* ou *pian*. En même temps il lit l'observation de cette maladie, qui n'a pas existé primitivement sous la forme actuelle, mais qui paraît être un ancien eczéma de la cuisse, qui, irrité continuellement, s'est recouvert de végétations rougeâtres, qui donnent assez bien l'idée de la maladie exotique, appelée *frambœsia*. Tous les traitemens ont jusqu'ici été infructueux. Cette dermatose n'est pas contagieuse. Une discussion s'élève à ce sujet : M. Rochoux assure que le pian ou frambœsia est une affection vénérienne et essentiellement contagieuse, et à laquelle on ne doit pas rapporter le fait communiqué par M. Bédor. Suivant M. Moreau, le frambœsia et le pian sont à tort confondus. La première de ces maladies n'est pas d'origine vénérienne, la seconde est un symptôme très grave de cette cachexie, Le cas dû à M. Bédor serait un frambœsia.

— M. Montault présente à l'Académie un vieillard, sur l'épaule duquel se sent une tumeur pulsative, de nature douteuse, qui existe à la partie postérieure du deltoïde, et recouvre l'acromion et une partie de l'épine scapulaire. Les battemens de cette tumeur sont isochrones à ceux du pouls. Si on comprime l'artère axillaire, ces battemens persistent; ils sont suspendus à l'instant par la compression de la sous-clavière, au dessus de la clavicule. L'humérus est luxé en bas. Cette tumeur s'est développée à la suite d'un effort violent des muscles de l'articulation scapulo-humérale.

Séance du 17 février.

Un anonyme écrit à l'Académie, pour lui proposer de nommer une commission chargée de surveiller des expériences propres à faire apprécier les avantages d'un nouveau moyen prophylactique de la syphilis. De grands intérêts sont attachés à la divulgation de ce moyen, dit-il, puisque, pendant vingt-sept mois, 27,000 soldats ont fourni 1,300 vénériens à un seul service du Val-de-Grâce! Personne ne connaissant l'auteur, on passe à l'ordre du jour.

Luxation congéniale du fémur. — M. Breschet présente trois pièces anatomiques, à lui envoyées par M. Flaubert, de Rouen, et propres à appuyer son opinion sur la cause des luxations congéniales du fémur, qu'il attribue, comme on sait, à un défaut de développement. Dans la première de ces pièces, la tête articulaire et la cavité cotyloïde sont toutes deux peu développées; le fémur s'est logé dans la fosse iliaque externe; dans la seconde, la cavité articulaire n'existe que comme vestige ou rudiment; la troisième de ces pièces appartient à une luxation accidentelle; un dépôt osseux s'est formé autour de l'articulation nouvelle.

Séance du 24 février.

Une commission est nommée pour juger les expériences de l'anonyme, qui, dans la séance dernière, avait proposé un moyen prophylactique contre la syphilis. L'auteur a fait connaître son nom au président.

A la suite d'une discussion qui s'élève au sujet des bouts de sein et des biberons de Madame Lebreton, sur lesquels M. Paul Dubois a fait un rapport favorable, les conclusions de ce rapport sont adoptées, en ajoutant toutefois que les bouts de sein en liége et ceux de M. De Perrochel, ont sur ceux de Madame Lebreton de grands avantages.

Une jeune fille, affectée d'une contraction du faisceau postérieur du sterno-mastoïdien droit, est présentée par M. Amussat, qui se propose de pratiquer la section de ce faisceau contracturé.

M. Sanson présente la jambe d'un individu, âgé de cinquante-neuf ans, chez qui une tumeur anévrismale de l'artère poplitée étant devenue à parois cartilagineuses, l'oblitération de l'artère et la gangrène ont nécessité l'amputation.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Pl. XX. — Saignée de la jugulaire droite.

Cette planche, comme on le voit, a été dessinée sur la nature vivante. Le sujet qui a posé est un modèle de l'Académie de peinture, âgé d'environ trente ans, et chez lequel la veine jugulaire externe et les petites veines accessoires se trouvaient avoir une disposition régulière et un volume moyen.

Indication des parties. — A, le pavillon de l'oreille; B, l'angle de la mâchoire; C, la symphyse du menton; D, la saillie du cartilage thyroïde; E, le haut du sternum; F, le dessus du sein droit; G, la clavicule; H, le sommet de l'épaule; I, K, le derrière du cou et la région mastoïdienne; L, L, L, saillie longitudinale formée par le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien; M, M, M, et N, N, bande et compresse destinées à produire le gonflement de la veine jugulaire; O, O, O, la veine jugulaire externe; *p*, *p*, *q*, *r*, petites veines accessoires.

Dr. *Jacques* Lebaudy.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° IX. — MAI 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. NOUVEAU TRAITEMENT DE LA PUNAISIE (OZÈNE) ET DU CORYZA CHRONIQUE.

Je vais parler d'abord de la punaisie ou ozène puant.

Dans la seconde partie de ce travail, je dirai par quels moyens je combats quelques affections chroniques de la membrane muqueuse olfactive.

Dans la troisième, je ferai connaître à nos lecteurs le très remarquable Mémoire de M. le docteur Cazenave, de Bordeaux, sur le coryza chronique et l'ozène non vénérien.

Punaisie.

La punaisie non syphilitique m'avait semblé à peu près toujours incurable. Les auteurs s'accordaient à la regarder comme une des maladies les plus rebelles; dans le cours de mes études et dans le commencement de ma pratique médicale, je n'avais jamais vu de guérisons. Cependant, en réfléchissant sur la nature de la maladie, il ne se présentait que les hypothèses suivantes:

L'odeur de punais provenait d'une carie des os,

Ou d'un ulcère de la membrane muqueuse,

Ou d'une sécrétion fétide naturelle de la même membrane,

Ou d'une sécrétion pathologique, causée par une phlegmasie chronique de la pituitaire.

Comme les autopsies cadavériques n'avaient presque rien démontré à cet égard, il fallait, à défaut de raisonnemens fondés sur des faits directs, recourir à de simples inductions analogiques.

On ne pouvait admettre la carie d'un os comme la cause de la maladie, car très évidemment une carie n'eût pu rester stationnaire pendant quarante et cinquante ans; elle se fût guérie spontanément, ou rapidement étendue. Toutefois on a pu constater que des caries osseuses existaient chez les personnes atteintes d'ozène; mais comme cette altération des os n'avait été que temporaire, tandis que la punaisie avait été permanente, rigoureusement il fallait admettre que la carie n'était pas la cause essentielle de la fétidité. D'ailleurs, l'odeur de carie diffère complétement de celle de l'ozène, et il ne faut pas une grande habitude pour établir cette différence. Donc la carie n'est pas par elle-même cause de l'ozène; mais elle peut précéder, accompagner, suivre la punaisie.

L'ulcération de la membrane pituitaire a été regardée généralement comme la cause la plus ordinaire de l'ozène, et les travaux de M. Cazenave, de Bordeaux, ont démontré que, dans presque tous les cas de punaisie, le médecin pouvait, avec une exploration attentive et à l'aide d'instrumens particuliers, constater l'existence, le siége et l'étendue de l'ulcère. Toutefois, il est des cas, où très évidemment il n'existe pas d'ulcération: et, par contre, dans le plus grand nombre des cas, où l'œil peut découvrir des ulcérations des fosses nasales, on ne distingue pas cette odeur spéciale si repoussante; d'où l'on peut conclure que l'ulcération de la membrane muqueuse pituitaire n'est pas la cause de la punaisie, mais seulement, que cette déplorable infirmité s'accompagne le plus souvent d'ulcération.

On ne peut pas davantage admettre que la fétidité soit produite par une phlegmasie chronique de la membrane muqueuse olfactive; trop de faits viennent déposer contre cette opinion: et, dans les hôpitaux destinés au traitement des maladies de la peau, on voit tous les jours l'intérieur des fosses nasales envahi par de graves phlegmasies, sans qu'il en résulte pour cela la moindre fétidité. L'inflammation peut être l'occasion de la punaisie; elle n'en est pas la cause efficiente. Je m'explique sur ce point.

Certaines parties du corps, telles que les pieds, les aisselles, les organes extérieurs de la génération, exhalent naturellement chez le plus grand nombre une odeur spéciale, qui, chez quelques personnes, est très fétide. Cette odeur est physiologique, si je puis ainsi m'exprimer; mais que la peau d'entre les orteils, de l'aisselle, de l'aine, du pourtour de l'anus vienne à s'irriter et à s'enflammer, la fétidité s'exagère et peut devenir extrême, alors que, dans l'état ordinaire, elle était peu notable, et qu'elle disparaissait avec les moindres soins de propreté. Ici l'irritation a été l'occasion du développement de la fétidité, ou plutôt la cause de l'exagération de la fétidité naturelle.

Appliquons ces principes à la membrane muqueuse des fosses nasales: certaines gens, en très petit nombre, il est vrai, sont punais indépendamment de toute phlegmasie de la membrane pituitaire, comme d'autres puent des pieds, sans que cette puanteur s'accompagne d'inflammation de la peau. Mais on remarque, chez beaucoup de personnes, que la sécrétion des fosses nasales a naturellement une odeur fade et un peu nauséeuse, odeur assez prononcée lorsque le mucus sécrété s'est accumulé en grande quantité. Chez elles, la puanteur augmente notablement sous l'influence du moindre rhume de cerveau; et la punaisie se déclare avec sa fétidité spéciale, si une ulcération syphilitique, ou autre, si une cause scrophuleuse, dartreuse, si une carie des os vient à entretenir une fluxion permanente dans la membrane muqueuse des fosses nasales.

Pour moi donc, j'entends par *punaisie* une puanteur spéciale du mucus des fosses nasales, puanteur qui n'est que l'exagération de l'odeur naturelle de cette sécrétion, et qui est le plus souvent occasionée par une fluxion chronique de la membrane muqueuse olfactive.

L'idée que je m'étais formée de l'ozène devait me conduire aux inductions thérapeutiques suivantes :

Dans la punaisie physiologique, c'est-à-dire dans celle qui ne reconnaissait aucune cause irritative, il n'y avait évidemment d'autres soins à apporter que des soins de propreté, comme pour la puanteur naturelle des pieds, des aisselles, des parties génitales.

Dans la punaisie occasionée par la fluxion sanguine permanente de la membrane pituitaire, il fallait traiter et guérir la phlegmasie chronique ; resterait alors l'odeur naturelle de la sécrétion muqueuse des fosses nasales.

Si donc, nous trouvons le moyen de guérir les coryzas chroniques, par cela même nous aurons découvert le mode de traitement de l'ozène qui réussira le plus souvent.

J'avais été frappé souvent de la tenacité des phlegmasies de la membrane muqueuse des fosses nasales, et, à moins qu'elles ne fussent évidemment syphilitiques, je ne parvenais que rarement à les guérir complétement.

Je remarquais en même temps que je modifiais avec facilité l'inflammation, tant qu'elle n'occupait que l'entrée du nez et que je pouvais l'atteindre avec les moyens topiques, Il me parut évident alors que toute la difficulté tenait à ce que je ne pouvais atteindre les parties malades avec les médicamens. Et, en effet, lorsque j'eus vaincu cette difficulté, je parvins aisément à guérir, dans le plus grand nombre des cas, ces phlegmasies rebelles.

Plusieurs moyens se présentaient pour porter dans l'intimité des fosses nasales des médicamens topiques. L'inspiration de la vapeur, d'une poudre médicamenteuse, ou d'une eau tenant en dissolution des substances capables de modifier l'état pathologique de la membrane olfactive. L'injection ou l'insufflation pouvaient encore atteindre le même but.

Parmi ces moyens, quelques uns avaient de graves inconvéniens ; d'autres n'étaient qu'incomplets. L'inspiration des vapeurs médicamenteuses pouvait n'être pas toujours sans un grand danger pour le poumon ; l'insufflation, toute passive de la part du malade, ne permettait pas que la poudre insufflée pénétrât dans toutes les anfractuosités des fosses nasales ; l'inspiration de l'eau, beaucoup plus efficace, n'allait pas plus profondément, si elle était faite faiblement, et le liquide passait en grande partie dans l'arrière bouche, et pénétrait dans le larynx, si le malade inspirait avec force. Toutefois ces deux derniers moyens sont d'un grand secours, mais ils demandent à être combinés avec les deux autres ; savoir : l'inspiration des poudres et l'injection des solutions médicamenteuses.

Plus bas, nous parlerons de la cautérisation directe, employée par M. Gazenave, de Bordeaux, moyen fort puissant, que je n'ai jamais mis en usage, d'abord parce que je ne le connaissais pas encore à l'époque où j'ai fait mes premiers essais thérapeutiques, et que, depuis lors, je n'ai pas cru devoir modifier ma méthode de traitement, qui avait, suivant moi, l'avantage d'être aussi efficace et d'un emploi beaucoup plus facile.

Les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse olfactive, accompagnaient, suivaient ou précédaient si souvent celles de la peau ; on les voyait si fréquemment débuter par une maladie cutanée, qui d'abord occupait la lèvre inférieure ou l'ouverture antérieure du nez, pour pénétrer ensuite au dedans, que je dus penser tout d'abord à leur opposer les mêmes moyens thérapeutiques que ceux dont l'efficacité avait été si souvent constatée dans le traitement des maladies de la peau.

Or, de tous les médicamens, le mercure est très certainement celui qui échoue le plus rarement, lorsqu'il est opposé topiquement aux phlegmasies chroniques de la peau, quelle que soit d'ailleurs leur cause. Les travaux de Wedeking, et les expériences nombreuses que j'ai répétées pendant quatre ans à l'Hôtel-Dieu de Paris, ne laissent, à cet égard, aucun doute dans mon esprit. D'ailleurs, toutes les pommades réellement efficaces contre les maladies de la peau, dont le témoignage presque unanime des médecins a constaté l'utilité, celles que l'empirisme et la cupidité vendent secrètement aux malades que la médecine n'a pu soulager, contiennent des préparations mercurielles, comme l'a démontré l'analyse chimique.

C'est donc au mercure que j'ai principalement recours pour guérir l'ozène et les maladies chroniques de la membrane muqueuse des fosses nasales. J'emploie une poudre et une solution. La poudre est insufflée par le médecin, ou mieux inspirée par le malade ; la solution est injectée par le médecin plutôt qu'inspirée par le malade.

La poudre mercurielle est composée de la manière suivante :

℞ Protochlorure de mercure (précipité blanc) . . . . . 24 grains.
Oxide rouge de mercure . . 12 grains.
Sucre candi en poudre . . demi-once.

Je formule la solution comme il suit :

Deutochlorure de mercure . . . 2 gros.
Faites dissoudre dans
Alcool rectifié. . . . . quantité suffisante.
Ajoutez
Eau distillée. . . . . 12 onces.

Le malade inspire fortement par chaque narine une prise de la poudre, et répète cette opération six ou huit fois par jour. Il est utile qu'au préalable, il ait débarrassé ses fosses nasales du mucus qui les obstruait.

Quant à la solution, il y aurait grand danger à l'employer pure ; on en met une ou deux cuillerées à café dans un verre d'eau chaude, et l'on se sert de cette eau, soit pour les injections, soit pour les inspirations.

J'ai recueilli avec soin douze observations : sept de coryzas chroniques sans punaisie ; cinq de punaisie. Je n'ai jamais traité que cinq individus atteints d'ozène ; j'ai traité peut-être plus de vingt coryzas chroniques ; mais comme je n'ai tenu note que de l'histoire de sept malades ; je craindrais que ma mémoire ne fût infidèle, et que mes résultats ne fussent pas l'expression de la vérité.

Ire *Observation.* — Mlle D., âgée de dix-

huit ans, chlorotique depuis quatre ans, fut guérie par l'usage de fer à haute dose. Depuis quatre ans, et pendant chaque hiver, elle ne pouvait s'exposer à l'air froid sans que son nez ne devînt gonflé et douloureux. Enfin, pendant le cours de l'hiver 1833, le coryza devint tellement grave, que l'on crut devoir me consulter. Le nez était gonflé, un peu rouge extérieurement; les yeux habituellement humides et presque larmoyans. L'ouverture antérieure des fosses nasales était rouge, parsemée de petites veinules, et recouverte de croûtes qu'on ne pouvait enlever sans qu'il ne s'écoulât un peu de sang. La membrane muqueuse olfactive, aussi loin qu'on pouvait l'apercevoir, était rouge également et se recouvrait de croûtes dures, épaisses, qui ne s'enlevaient pas sans une vive douleur. La respiration nasale était difficile; la voix sensiblement altérée. Le traitement suivi jusqu'ici avait été purement émollient. Cependant des lotions sulfureuses avaient été employées sans aucun avantage. Je prescrivis l'inspiration des poudres mercurielles six fois par jour; on dut continuer de temps en temps les lotions émollientes. Après huit jours de traitement, il y avait déjà un amendement extraordinaire; mais comme le pourtour des narines restait toujours aussi malade, je fis faire usage d'une pommade composée de quinze grains d'oxide rouge de mercure sur une demi-once d'axonge. Le vingtième jour, tout semblait guéri. On cessa le traitement; mais, peu après, sous l'influence du froid, les accidens reparurent avec presque autant de violence. Je recommençai les mêmes remèdes; mais j'ajoutai des lotions alumineuses; et comme la guérison ne marchait pas assez vite, je conseillai les lotions de sublimé. Enfin, six semaines après le commencement du traitement, la guérison était complète.

Les six autres observations, dont les détails fatigueraient le lecteur, sont analogues à celle que je viens de donner.

De ces sept malades, cinq guérirent en 10, 15, 19, 30 et 42 jours. La moyenne du traitement fut donc de 23 jours. Deux malades ne guérirent pas, bien que le traitement ait été continué pendant plus d'un mois. Il m'est impossible d'apprécier les circonstances qui se sont opposées au succès d'un traitement qui soulage si rapidement. L'un des deux malades, clerc de notaire, à Paris, studieux et sobre, n'éprouva aucune espèce d'amélioration; l'autre fut constamment soulagé; mais il ne put être guéri.

Il y a, dans ce traitement, tout simple qu'il puisse être, quelques précautions à prendre et quelques règles essentielles à observer.

Avant l'inspiration des poudres, comme avant l'introduction de l'eau mercurielle dans les fosses nasales, il faut avoir soin de se nettoyer le nez aussi exactement que possible, soit en se mouchant avec force, soit en prenant préalablement un peu de tabac pour augmenter et ramollir la sécrétion nasale, soit en se lotionnant plusieurs fois avec de l'eau de guimauve ou de l'eau de savon. Sans cette précaution, les poudres que l'on inspire ne se mettent pas en contact avec la membrane olfactive; et d'ailleurs, l'air ne s'engouffrant pas rapidement dans le nez, ne peut entraîner profondément et dans toutes les anfractuosités le médicament qu'il faut faire pénétrer partout. Si pourtant le malade ne pouvait assez bien débarrasser les fosses nasales pour que l'inspiration fût très puissante, le médecin aurait alors recours à l'insufflation qu'il pratiquerait à l'aide d'un tube d'argent mince et mousse, porté aussi profondément que possible. L'usage de la poudre est répété au moins six fois par jour pour chaque narine.

Il est assez ordinaire que la poudre, entraînée par l'inspiration, soit portée dans l'arrière gorge mêlée aux mucosités qui y arrivent lentement et successivement. Si les malades avalaient ces mucosités, il pourrait en résulter d'assez graves inconvéniens, des nausées, des coliques, de la diarrhée, et, ce qui est bien pis, la salivation mercurielle. Je n'ai jamais vu ces accidens se produire, parce que j'ai constamment recommandé aux personnes soumises à ce traitement de rejeter par l'expuition le mucus qui tombait dans la gorge.

Les poudres doivent être continuées à la même dose jusqu'à apparente guérison; alors on ne s'en sert plus que cinq, quatre et trois fois par jour, et l'on arrive enfin successivement par une dégradation insensible à ne plus faire qu'une ou deux inspirations par jour, et enfin à cesser entièrement.

Quant à la solution, on l'étend comme je l'ai dit plus haut, et l'on en inspire, ou mieux, on en fait injecter dans le nez deux fois par jour jusqu'à la fin du traitement. On commence par une très faible dose, et, à mesure que diminue la susceptibilité de la membrane olfactive, on augmente la dose proportionnelle du sublimé, de manière à provoquer toujours une légère cuisson et un peu de larmoiement. Lorsque le mal semble être guéri, on diminue progressivement la quantité du sublimé, et l'on arrive insensiblement jusqu'à ne plus faire que des injections d'eau pure chaude.

Cependant les récidives de ces coryzas chroniques sont faciles principalement en hiver par les vents secs et froids; et chez les femmes, au moment de l'époque menstruelle. Pour les prévenir, j'ai soin de prescrire que l'on fasse usage des poudres et des lotions trois ou quatre jours pendant cinq ou six mois.

Je vais maintenant donner quelques observations de punaisie.

J'ai dit que j'avais traité seulement cinq malades: trois d'entre eux sont restés constamment sous mes yeux; les deux autres, sortis de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéris, ont eu peut-être une rechute; mais je n'ai pu m'en assurer. Toujours est-il que tous ces malades ont guéri au moins temporairement.

11e *Observation.* — Un cordonnier, âgé de vingt-cinq ans, vint à l'Hôtel-Dieu, en 1833, pour y être traité d'une maladie peu grave. En le questionnant, je m'aperçus qu'il était horriblement punais: je l'interrogeai sur l'origine de cette triste infirmité. Il me raconta que, trois ans auparavant, il avait reçu sur le nez un coup violent qui en avait écrasé la racine, et que, depuis cette époque, il avait perdu l'odorat et était devenu punais. Les os propres du nez étaient en effet un peu aplatis. L'œil ne pouvait découvrir aucune inflammation appréciable, aucune ulcération de la membrane muqueuse. Le passage de l'air, à travers les fosses nasales;

était presque toujours impossible; il s'écoulait dans le pharynx un mucus épais d'une horrible fétidité. Je le mis immédiatement à l'usage des poudres mercurielles. Au bout de trois jours, chose remarquable, la fétidité avait entièrement cessé. La médication fut continuée pendant quinze jours encore, et notre malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. Trois mois après, il rentra à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une hématémèse qui faillit le faire périr. L'ozène n'avait pas reparu. Je l'engageai à user encore des poudres mercurielles pendant quinze jours. Il quitta de nouveau l'hôpital, après trois mois de séjour. En septembre 1834, il y entra pour un embarras gastrique. Il n'avait point eu de récidive. Enfin, au commencement de l'année 1835, après deux ans d'une guérison qui ne s'est pas démentie, cet homme s'est vendu comme remplaçant militaire, et a été accepté au régiment. Or, il n'eût point été accepté s'il avait encore été punais, l'ozène étant un cas de réforme.

IIIe *Observation.* -- Une jeune fille de seize ans fut admise à la salle St-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être traitée d'une fièvre légère; elle avait un ozène, dont la fétidité nous frappa tous. Lorsqu'elle fut guérie de la petite indisposition qui l'avait fait entrer dans la salle, je lui prescrivis les poudres mercurielles, dont elle dut prendre six prises par jour. Le cinquième jour du traitement, la fétidité avait entièrement disparu. Au bout de dix jours, je cessai toute médication. La jeune malade resta encore quelque temps à l'hôpital sans rechute. Cependant elle s'ennuya, voulut sortir, et depuis lors, je ne sais si l'ozène s'est remontré.

IVe *Observation.* — Une fille publique, âgée de vingt-quatre ans, vint à la salle St-Paul de l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être traitée d'une syphilide cutanée. Elle avait eu déjà plusieurs véroles; et depuis quinze mois, à la suite d'un coryza chronique, dont elle ne pouvait assigner la cause, le nez s'était gonflé; les os eux-mêmes, ou plutôt le périoste, avaient participé à la tuméfaction, et l'odeur de punais s'était en même temps développée.

Je pensai que cet ozène était syphilitique. En même temps qu'elle fit usage des poudres mercurielles, je lui donnai des bains de sublimé. Le quatrième jour du traitement il n'y avait plus d'odeur de punais. La maladie syphilitique générale guérit; et cette femme, après un assez long séjour à l'hôpital, sortit dans un état très satisfaisant. Je ne l'ai plus revue, et j'ignore si l'ozène a reparu.

Ve *Observation.*—Une jeune fille de six ans, jolie, fraîche, et ayant tous les attributs de la plus belle santé, me fut amenée l'an dernier par ses parens. Elle était atteinte de punaisie depuis l'âge de trois ans. On ne put assigner à cette infirmité aucune cause probable. Les parens avaient été forcés de la retirer d'un pensionnat où ils l'avaient placée, et, pendant le peu de temps qu'elle resta dans mon cabinet, qui pourtant est très vaste, elle y laissa une si horrible odeur, que je fus forcé d'ouvrir les croisées après son départ. Je conseillai l'usage des poudres mercurielles. Au bout de sept jours l'odeur avait disparu, elle revint le neuvième jour sans cause appréciable; disparut de nouveau le onzième. Et, après trois semaines de traitement, on cessa l'usage du topique. Deux mois se passèrent sans récidive; mais, ce temps écoulé, la punaisie reparut comme par le passé, et, cette fois, le même moyen fut complétement inefficace. Il y a quelque jours, j'ai revu cette jeune fille; je lui pratique maintenant dans les fosses nasales des injections avec une solution de nitrate d'argent; j'ignore si je la guérirai.

VIe *Observation.* — Une dame de quarante ans, atteinte de punaisie depuis dix années, sans cause appéciable pour elle, sans déformation du nez, sans gonflement, sans ulcération appréciable de la membrane muqueuse, et jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, fut soumise au même traitement dans le courant du mois de décembre 1834; elle prit des poudres pendant quinze jours. Et comme, après une semaine, l'odeur avait disparu, elle continua seulement huit jours de plus, et cessa. La fétidité commença à se reproduire dans le courant de mars de cette année. Cette dame, qui n'habite pas Paris, me l'a fait savoir, et je lui ai conseillé de reprendre l'usage des poudres et des lotions mercurielles; mais avec persévérance et avec les précautions que j'ai indiquées plus haut.

(*La suite à un prochain numéro.*)

A. Trousseau

Médecin des hôpitaux; agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

II. RECHERCHES SUR L'OPHTHALMIE.

Premier Mémoire.

Les maladies de l'œil ont été le sujet de tant de travaux, depuis vingt ans; elles portent sur un organe si important et sont si nombreuses, si variées, qu'aucun médecin ne peut se dispenser aujourd'hui de les étudier avec soin; aussi ai-je cru devoir m'en occuper dans le début de ma carrière scientifique, et mes premiers essais sur ce point remontent-ils à 1818 (*Journal de méd., de chir. et de ph.*, etc., juillet 1820). Les matériaux que j'ai rassemblés, à cette occasion, ont été recueillis à l'hôpital de Tours, de 1817 à 1820; à l'hôpital St-Louis, de 1820 à 1823; à l'hospice de la Faculté, de 1823 à 1827; à l'hôpital St-Antoine, de 1828 à 1830; à l'hôpital de la Pitié, de 1830 à 1835; et enfin, à l'hôpital de la Charité depuis que le service chirurgical m'en a été confié. Ils forment actuellement (avril 1835) une masse de huit cents observations, dont près de six cents m'ont été fournies par l'hôpital de la Pitié, en moins de cinq ans. Toutes ces observations ont été recueillies ou par moi-même, ou sous mes yeux par différens élèves; par MM. Fournier et Baillarger, à St-Antoine; par MM. Dariste, Lebatard, Poumet, Loreau, Piegu, etc., à la Pitié.

Voulant voir jusqu'à quel point l'anatomie et la physiologie de l'appareil de la vision pourraient en éclairer la pathologie, j'ai dû me livrer en même temps à quelques recherches, dans le but de constater l'arrangement naturel des tissus de l'œil ou de ses dépendances. Ces recherches m'ont conduit à des résultats que je crois

utile de signaler. Pour le moment, je ne parlerai toutefois que de ce qui concerne les vaisseaux, et je n'en ferai d'applications qu'aux ophthalmies proprement dites.

1° *Vaisseaux de l'œil.* — Les artères renfermées dans l'orbite viennent toutes ou à peu près toutes de la branche ophthalmique, fournie par la carotide interne. Si on les suit avec attention, on voit que les rameaux de cette branche ne se perdent pas indifféremment dans les mêmes tissus ; que, sous ce rapport, on peut les ranger en quatre groupes : les uns étant destinés aux paupières, les autres à la conjonctive, quelques uns à la sclérotique, et les autres à l'intérieur de l'œil, quoique diverses anastomoses les fassent quelquefois communiquer entre eux.»

a. Paupière. — Le réseau artériel des paupières appartient à trois branches principales : la nasale, celle de la glande lacrymale et la frontale. Les divisions de la temporale, de la sous-orbitaire, de la transverse et de l'angulaire de la face, avec lesquelles il communique, ne lui appartiennent point en propre, mais elles font que les paupières sont soumises à l'influence d'un double système circulatoire. Du reste, on s'assure, à l'aide d'injections fines et d'une dissection soignée, que les artères, dites *palpébrales*, se perdent presque en entier dans les bulbes ciliaires et dans les couches qui séparent les cartilages tarses de l'épiderme. C'est de quelques ramuscules de la nasale, et surtout de l'artère lacrymale au contraire que les glandes de Meïbomius, ainsi que la portion conjonctivale du bord libre de chaque paupière en reçoivent un certain nombre ; en sorte que nous trouvons là une première tendance à l'isolement des canaux sanguins de chaque couche organique ; que le pourtour et la peau des paupières empruntent une partie de leurs artères à celles du crâne et de la face ; que les tissus intermédiaires aux tégumens et à la couche fibro-cartilagineuse les puisent dans les arcades palpébrales ; enfin, que les glandules profondes et l'élément muqueux les reçoivent de la branche lacrymale et de la nasale avant sa sortie de l'orbite.

b. Conjonctive. — Deux ordres d'artères se laissent apercevoir dans la conjonctive. Les unes y arrivent des paupières et sont une dépendance du réseau précédent ; les autres sont des ramifications apportées par les branches musculaires supérieure et inférieure. D'un côté comme de l'autre, ce sont des vaisseaux d'emprunt, au surplus, et nulle part, la conjonctive ne peut revendiquer des artères propres. Cette membrane n'en est pas moins très riche en ramuscules sanguins, qui se présentent dans son tissu sous la forme de filamens tortueux, arborescens, fréquemment anastomosés entre eux, et de plus en plus fixes à mesure qu'on se rapproche de la cornée, ou qu'on s'éloigne du bord adhérent du tarse. La toile qui leur sert de canevas, étant très molle et très mince, permet de les déplacer facilement, de les faire rouler sous le doigt, et en explique l'extrême mobilité. En avant, du côté de la cornée et du bord libre des paupières, la conjonctive contracte de telles adhérences, au contraire, avec les autres tissus qu'il n'est plus possible d'en isoler les vaisseaux. C'est là aussi qu'il faut surtout chercher leurs embranchemens avec ceux de l'intérieur de l'œil et des divers plans palpébraux. Ainsi, les artères de la conjonctive ne sont que des ramifications secondaires des branches musculaires de l'orbite et de celles qui vont aux paupières, ramifications qui, après avoir laissé dans la membrane muqueuse un réseau très apparent, finissent par se mêler aux artérioles terminales du plan ciliaire ou palpébral profond et du plan de la sclérotique.

c. Sclérotique. — Comme les autres membranes fibreuses, la sclérotique ne renferme qu'un petit nombre de vaisseaux ; peut-être en contient-elle cependant plus qu'aucune des autres tuniques du même ordre, surtout dans son tiers antérieur. Elle les emprunte presque tous aux artères musculaires, qui, après avoir fourni des rameaux aux muscles et au tissu cellulaire de l'orbite, se rapprochent de l'œil, rampent dans l'épaisseur ou à la surface des tendons, et arrivent ainsi dans la propre substance de la sclérotique, en s'approchant de la cornée ; ils forment d'ailleurs un plan fort irrégulier, à ramifications rares, indépendant de celui de la conjonctive et en grande partie aussi de celui de la choroïde. Leurs rameaux les plus évidens sont assez superficiels, et semblent particulièrement destinés au tissu lamelleux dense et serré qui constitue ou recouvre le plus immédiatement les couches externes de la coque oculaire, et qui finit par se confondre avec le tissu cellulaire sous-muqueux de la conjonctive. Quelques uns de leurs capillaires ne s'en prolongent pas moins jusqu'auprès de la cornée, de manière à pouvoir s'anastomoser là avec ceux de la conjonctive en dehors, et ceux de l'iris en dedans ; de manière aussi, par conséquent, que les artères de la conjonctive et de la sclérotique naissent en réalité des mêmes troncs pour se confondre de nouveau à leurs extrémités, quoiqu'elles soient restées longtemps séparées dans des couches tout à fait distinctes.

d. Intérieur de l'œil. — Des artères qui entrent dans l'œil par sa moitié postérieure : l'une, la centrale de la rétine, se perd en entier dans la membrane nerveuse, à l'exception du rameau qui traverse le corps vitré pour s'épanouir derrière la capsule du cristallin ; les autres, les ciliaires, qui se distribuent principalement à la choroïde et à l'iris, méritent une attention plus spéciale près de leur terminaison. On en distingue d'abord quatre : deux pour les extrémités du diamètre transversal ; les deux autres pour les extrémités du diamètre vertical de l'iris. Une infinité d'artérioles plus petites se voient entre celles-ci. Le tout représente un anneau convergeant du côté de la cornée, à radiures extrêmement fines et parallèles, distribuées comme celles des procès ciliaires, et qui semblent se détacher de la choroïde pour s'engager dans les couches internes de la sclérotique ou gagner le pourtour de la cornée. C'est de là que partent aussi une série de capillaires qui se rapprochent assez de l'extérieur pour s'anastomoser avec les artères de la conjonctive, et avec quelques unes de celles de la sclérotique empruntées directement aux musculaires. Ce réseau

alimente donc en même temps l'iris, le cercle ciliaire et le devant de la sclérotique. C'est presque uniquement par son intermède, que s'établissent les communications vasculaires entre l'extérieur et l'intérieur de l'œil; et c'est par suite de ses communications que les artères qui pénètrent parfois le tissu de la cornée, peuvent appartenir à la fois aux vaisseaux de la conjonctive, à ceux du devant de la choroïde, et même à ceux de la sclérotique proprement dite.

e. Les *veines* oculo-palpébrales ont bien aussi leur importance; leur trajet n'est pas exactement le même que celui des artères: celles de la conjonctive sont grosses et très nombreuses; dans l'épaisseur des paupières, elles ont un développement considérable; là, elles communiquent largement avec les veines temporales, sous-orbitaires et frontales. Le grand angle semble cependant en être le rendez-vous commun; aussi la veine angulaire est elle comme le point de départ d'un gros tronc qui longe la paroi sphénoïdale de l'orbite, après avoir reçu les veines de la conjonctive, pour gagner la fente ethmoïdale. Dans l'intérieur de l'orbite, derrière la conjonctive, les veines forment un autre système qui n'offre plus rien d'intéressant pour le but que j'ai maintenant en vue. Sur la choroïde, elles ont une distribution assez remarquable mais dont on ne peut non plus tirer qu'un faible parti pour l'étude des ophthalmies.

Les différentes particularités que je viens de rappeler, sont faciles à constater. Les descriptions anatomiques de Zinn et de Sœmmering, sont de nature à les faire déjà pressentir. Des pièces déposées dans le muséum de la Faculté de médecine de Paris, par MM. Denonvilliers, Rufz et Lacroix, suffisent d'ailleurs pour les indiquer à ceux qui se donneront la peine de les examiner avec attention.

2° *Rapport des vaisseaux avec la pathologie de l'œil.* — A. *Siége des ophthalmies.* — Les ophthalmies, étant des inflammations, doivent être en grande partie sous la dépendance du système vasculaire des tissus qui en deviennent le siége. S'il en est ainsi, les remarques précédentes ne peuvent manquer de nous être d'un grand secours, et de mettre à même d'établir des distinctions tranchées, fondamentales dans les phlegmasies de l'œil ou de ses annexes. Voici ce que l'observation apprend à ce sujet: L'ophthalmie a, pour point de départ, la cornée, la conjonctive, ou les paupières, et quelquefois plusieurs de ces parties à la fois.

a. Paupières. — Dans la couche cutanée des paupières, et dans les feuillets qui séparent la peau de la conjonctive, l'inflammation diffuse est accompagnée d'un gonflement et d'une coloration d'autant plus considérables, qu'on se rapproche plus de leur racine. La mollesse et la vascularité de ces tissus étant de plus en plus grande, à mesure qu'on se rapproche du contour de l'orbite, explique parfaitement ce phénomène. Si la phlegmasie occupe exclusivement la couche muqueuse, l'injection sanguine, peu marquée près du bord libre de la paupière, va en augmentant d'intensité en approchant de la rainure oculo-palpébrale. Ceci est encore en rapport direct avec l'ordre dans lequel nous avons vu se distribuer les branches des artères musculaires dans la conjonctive. Lorsque le mal débute par le bord des paupières ou par les follicules de Meïbomius, au contraire il s'y maintient en général sans gagner au loin, et la rougeur est d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage des cils. C'est que, dans ce lieu, les vaisseaux de la conjonctive se confondent avec ceux de la racine des cils, et forment un réseau fort abondant au milieu de tissus très serrés; tandis que, plus loin, ils restent dans l'épaisseur de plans lâchement unis les uns aux autres et presque complétement séparés.

b. Conjonctive. — Les inflammations de la conjonctive ont encore des caractères anatomiques plus tranchés que celles des paupières. La teinte qué revêt alors la membrane affectée passe facilement au violacé, à la couleur *minium*, parce que les veines s'y trouvent en grande proportion. Elle est de plus en plus foncée, à mesure qu'on s'éloigne de la cornée, parce que les artères, venant des musculaires, sont de moins en moins nombreuses et de plus en plus fines dans le sens opposé. Les vaisseaux y sont tortueux et souvent anastomosés entre eux, parce que les artères musculaires vont en effet jusqu'à la fin, en se divisant et se subdivisant à la manière des branches d'arbre. Enfin, elle ne s'étend jamais sur la cornée, à moins que les plans profonds ne soient pris simultanément, parce que les vaisseaux propres de la conjonctive s'arrêtent à quelque distance de cette membrane.

c. Cornée. — Ne contenant pas de vaisseaux reconnaissables, hors l'état pathologique, la cornée n'est en général le siége d'aucune rougeur au début de ses inflammations; c'est au pourtour de sa circonférence que la teinte phlegmasique se manifeste alors. Elle paraît résider dans l'épaisseur de la sclérotique, et se montre sous l'aspect d'un anneau radié, à rayons très fins, plus foncé du côté de la cornée, plus pâle en arrière, large de deux à trois lignes, d'un rouge *vermillon* ou *carmin*, et qui est évidemment dû à l'injection des vaisseaux ciliaires. Au lieu d'un anneau complet, il peut n'exister que quelques taches rouges à la circonférence de la cornée. Dans ce cas, les points enflammés correspondent plus particulièrement aux extrémités des diamètres vertical et transversal de l'œil, à l'endroit où viennent se rendre les quatre branches essentielles des artères ciliaires. Cependant les irritations de la cornée sont quelquefois accompagnées d'une vascularisation de la conjonctive; mais c'est à peu près uniquement dans les cas d'irritations tout à fait superficielles, ce qui n'a rien de surprenant, puisque la conjonctive et la surface de la cornée se continuent comme si elles ne formaient qu'une seule membrane. Si l'inflammation se prolonge ou devient intense, l'anneau rouge, dont je parlais tout à l'heure, ne tarde pas à gagner la cornée elle-même, mais sans que la conjonctive participe nécessairement à l'injection morbide. Il présente dès lors deux sortes de rayons: les uns, qui vont en avant, sont plus écartés, moins réguliers, deviennent en partie superficiels, et peuvent s'étendre en s'anastomosant, jusque sur le devant de la pupille; les autres, qui restent plus profonds,

plus serrés, plus complétement parallèles, en arrière du cercle ciliaire, ne sont que le développement extrême des vaisseaux ciliaires naturels.

On le voit donc, tous ces caractères des nuances diverses de l'irritation de la cornée ont leur source, et trouvent leur explication dans la distribution du réseau ciliaire, au moment où il s'approche de l'iris. Dans ces inflammations, l'iris change assez souvent de couleur, et la pupille se déforme quelquefois, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, parce que cette membrane est alimentée par le même ordre de vaisseaux. Le cercle rouge qui caractérise les irritations de la cornée ne disparaît si rapidement en arrière que par l'effet de l'épaisseur et de l'opacité successivement plus grande de la sclérotique dans le même sens. Enfin, si l'injection n'est presque jamais très prononcée dans le tissu même de la sclérotique, c'est que les artères de cette tunique, d'ailleurs peu abondantes, ne s'anastomosent que par des filets rares avec celles qui arrivent de la conjonctive et du plan ciliaire à la cornée.

B. Diagnostic des ophthalmies. — Voici maintenant comment le diagnostic des ophthalmies peut être éclairé par les remarques qui précèdent :

a. — Prenons d'abord les paupières. Si la portion cutanée du bord de ces organes est arrondie, ou rouge, ou croûteuse, on peut affirmer que le mal a son siége autour de la racine du cil, ou dans le tissu serré qui sépare le cartilage tarse des tégumens, et qu'il n'est alimenté que par les rameaux concentriques de la double arcade palpébrale des artères de l'orbite. Une rougeur de la peau avec tuméfaction diffuse et empatement au dessus du bord ciliaire, indiquent au contraire une inflammation ou une infiltration du corps même de la paupière, et se trouve en partie sous la dépendance des vaisseaux de la face ou du front. Vue par sa face interne, la paupière enflammée présente une rougeur qui augmente ou diminue sensiblement à mesure qu'on se porte vers l'orbite. Dans le premier cas, c'est la conjonctive palpébrale qui est affectée, tandis que dans le second ce sont les glandules de Meïbomius. Si toute l'épaisseur du bord libre est ou gonflée ou rouge, ou excoriée on peut dire que les vaisseaux du tissu cutané, du tissu muqueux et du tissu glanduleux, y concourent plus ou moins.

b. OEil proprement dit. — Toutes les fois que l'œil devient rouge, on peut être sûr que la conjonctive est le point de départ du mal, si le réseau vasculaire est large et mobile, bleuâtre, couleur minium ou violacée, plutôt que vermeil ou d'une teinte rose vif, si surtout ce réseau est d'autant plus foncé qu'on l'observe plus loin de la cornée. Il y a *kératite* au contraire, c'est-à-dire inflammation de la cornée, chez tous les malades qui offrent une couleur plus profonde, impossible à déplacer, occupant le cercle antérieur de la sclérotique, quelque fois assez légère pour qu'on ait quelque peine à la distinguer, et qui se perd ou diminue considérablement à quelques lignes de la cornée. Cette rougeur, à rayons fins et parallèles, qui est vive, à teinte de carmin, de vermillon ou d'un rose pâle et qui s'étend facilement du côté de la cornée, indique par cela même une maladie étrangère à la conjonctive et sert de prélude à la plupart des altérations dont la membrane vitrée de l'œil peut être le siége. Si la prunelle est en même temps déformée, trop resserrée ou trop dilatée, on peut ajouter que l'iris est lui-même menacé d'inflammation, et que les parois de la chambre antérieure courent aussi quelque risque. Ces caractères sont d'ailleurs si tranchés pour quiconque sait les apprécier, que leur combinaison n'empêche nullement de les reconnaître dans les ophthalmies les plus graves et les plus compliquées. C'est ainsi, par exemple, que chez un sujet affecté en même temps d'inflammation de la cornée, d'inflammation de la conjonctive et de phlegmasie des diverses couches des paupières, on les retrouve tous de manière à pouvoir les isoler sans trop de difficulté. Le réseau de la couche muqueuse se distingue sur l'œil par sa teinte livide plus prononcée en arrière, par sa mobilité et ses tortuosités, de l'anneau vermeil, fixe et profond de la sclérotique, qu'il semble voiler en croisant ses différens rayons. La même chose se voit sur la conjonctive palpébrale puisqu'ici la vascularisation va également en décroissant pour la membrane muqueuse, et en augmentant pour les follicules à mesure qu'on se rapproche du bord libre des paupières, puisqu'elle y présente la même fixité et la même mobilité que sur l'œil proprement dit.

3° *Thérapeutique.* — Les déductions thérapeutiques à tirer de pareilles observations me paraissent dignes de quelque intérêt; je me bornerai à en signaler un petit nombre pour le moment, espérant pouvoir les discuter avec détail dans un autre mémoire.

C'est au grand angle de l'œil, puis au pourtour de l'orbite et non à la tempe et derrière les oreilles qu'il convient d'appliquer les sangsues, quand on veut obtenir un dégorgement veineux dans les ophthalmies.

La fixité du mal sur le bord des paupières et dans les glandes de Meïbomius, fait que les médicamens sous forme de pommade mis en contact avec les parties valent mieux que les collyres secs ou liquides. Ces derniers moyens sont préférables au contraire dans les inflammations de la conjonctive; à cause de la souplesse et de la mobilité des tissus altérés.

Il n'y a que les substances d'une absorption ou d'une imbibition facile, comme les préparations d'opium, de belladone, etc., qui, à titre de topique, puissent être de quelque secours dans les inflammations de la cornée; attendu qu'alors, le réseau vasculaire injecté est à l'abri de tout contact avec les collyres ordinaires. La même particularité fait que la cautérisation de la conjonctive, soit palpébrale, soit oculaire, n'a que peu de prises sur les ophthalmies dites rhumatiques, c'est à dire sur celles de la sclérotique et de la cornée; que l'excision de cette membrane ou de ses vaisseaux n'est utile, dans les taches ou les ulcères du devant de la pupille, que si l'affection se trouve entretenue par le plan muqueux plutôt que par le plan sous-fibreux des artères; qu'en détruisant toute communication entre ces deux ordres de canaux, l'excision de la conjonctive peut cependant favoriser la résolution des maladies les plus superficielles de la cornée.

La profondeur du système vasculaire affecté, neutralisant presque tout l'effet des topiques, explique la tenacité des inflammations de la coque de l'œil. C'est dans ces sortes d'ophthalmies que les médications générales et indirectes, que les purgatifs, les mercuriaux, les révulsifs, sont quelquefois avantageux. Ne pouvant agir sur les vaisseaux injectés eux-mêmes, il y avait à espérer qu'on en favoriserait le dégorgement en attirant les fluides avec force par les artères nasales, lacrymales, etc., dans les paupières. Pour obtenir ce résultat, je me suis servi, d'abord avec hésitation et une extrême réserve, ensuite avec hardiesse, d'un moyen dont le nom seul effrayera peut-être; mais qui n'en deviendra pas moins d'un grand secours dans la pratique. Ce moyen est un vésicatoire volant placé sur le devant de l'orbite et sur toute la peau des paupières. Je n'ai rien trouvé de si puissant ni de si efficace dans les ophthalmies aiguës qui menacent de troubler la transparence de la cornée ou de la chambre antérieure. Je l'ai déjà employé plus de quarante fois, et ses effets ont constamment été les mêmes: il n'a jamais agravé le mal, et tout porte à croire que sans lui, plusieurs des malades que j'y ai soumis auraient perdu la vue. Je me propose au surplus d'en faire l'objet d'un travail à part, et ne voulais que l'annoncer aujourd'hui.

(*Le 2e Mémoire paraîtra dans l'un des prochains numéros.*)

A. Velpeau,
Professeur de clinique externe à la Faculté de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. de la Charité.

III. Considérations théoriques et pratiques sur le phénomène catarrhal (1).

Quelle est la valeur actuelle des mots *Catarrhe*, affection catarrhale? M. Littré (*Dict. de méd.*, 2e édit.), article Catarrhe, Affections catarrhales, dit: « *Le mot Catarrhe n'a plus, « dans le langage actuel, d'acception bien pré« cise*, » et plus loin il ajoute: « *Le mot Ca« tarrhe, employé maintenant dans plusieurs « sens différens, ne fait plus partie d'un sys« tème pathologique.* »

A part l'opinion que les anciens médecins se formaient sur l'écoulement des humeurs et qu'ils désignaient sous le nom de catarrhe, le mot catarrhe, tel qu'il est employé actuellement dans le langage médical, n'exprime plus que l'*inflammation de quelques membranes muqueuses*, ou bien l'*écoulement qui résulte de l'inflammation de ces mêmes membranes muqueuses.*

En restreignant le phénomène catarrhal à quelques unes ou à la totalité des membranes muqueuses, on retranche les considérations les plus instructives sur le catarrhe, et on néglige d'étudier les autres siéges de ce phénomène intéressant.

(1) Loin d'avoir recours au néologisme pour indiquer le nouveau point de vue sous lequel j'envisage le phénomène catarrhal, je cherche au contraire, à rétablir dans le langage médical, le mot *catarrhe* qui est presque tombé en désuétude, et dont l'emploi me dispense d'une périphrase, pour caractériser le rapport que le phénomène catarrhal établit entre les divers systèmes sécréteurs.

Mon attention fut fixée sur le phénomène catarrhal, lorsque je m'occupais de ma Thèse inaugurale (1), et les réflexions qui surgirent de l'étude des divers siéges du catarrhe, devinrent la base du travail que je livre aujourd'hui au jugement de MM. les Membres de l'Académie royale de médecine (2).

Pour bien étudier le phénomène catarrhal, il faut le considérer, 1° dans sa nature et dans les divers systèmes organiques où il a son siége;

2° Examiner comment le catarrhe devient un sujet pathologique;

3° Rechercher les cas ou il devient un moyen thérapeutique.

Ces trois manières d'envisager le catarrhe, formeront les trois paragraphes suivans:

§ 1er. *Qu'est-ce que le catarrhe?*

§ 2e. *Comment le catarrhe entre-t-il dans la pathologie?*

§ 3e. *Quelle est la place du catarrhe dans la thérapeutique?*

§ 1er. *Qu'est-ce que le catarrhe?* — Avant de définir le catarrhe, il importe d'en citer un exemple, pris dans les divers systèmes organiques où il a son siége.

Dans un accès de fièvre complet, après les périodes du froid et de la chaleur, survient celle de la sueur; la peau se débarrasse, par une transpiration abondante, de la congestion sanguine dirigée vers elle; voilà un catarrhe cutané.

Sous l'influence d'un refroidissement, la membrane nasale devient le siége d'une fluxion sanguine, son travail sécrétoire prend une énergie inaccoutumée; voilà un catarrhe muqueux.

Une pleurésie n'est pas enrayée dans sa marche; une collection séreuse remplit une partie du sac formé par la plèvre; voilà un catarrhe séreux.

Par l'administration du calomélas ou des masticatoires, les glandes salivaires versent la salive avec abondance; voilà un catarrhe glanduleux.

Enfin, le cours normal du sang est enrayé par divers obstacles, soit dans le cœur, soit dans la continuité des gros vaisseaux artériels ou veineux, la membrane interne vasculaire, irritée par la stase du sang, redouble l'activité de sa sécrétion, augmente la masse séreuse du sang; voilà un catarrhe de la membrane interne vasculaire (3).

Le catarrhe est un phénomène commun aux systèmes cutané, muqueux, séreux, glanduleux et vasculaire, résultant de la présence d'un afflux sanguin artériel dans le réseau capillaire

(1) *Essai sur les phlogoses sarcopée et ostéopée*, ou l'*inflammation considérée dans ses deux seules terminaisons; la sarcose et l'ostéose*. Paris, 1823.

(2) J'avais projeté de faire la lecture de cet opuscule devant l'Académie, mais le retard apporté à mon tour de lecture m'a décidé à livrer ces Considérations à l'impression.

(3) Cette manière d'envisager le catarrhe de la membrane vasculaire interne, mérite d'être traitée tout spécialement. Je ne connais rien d'écrit sur la sécrétion morbide de la membrane vasculaire. Tous les anatomistes modernes assimilent bien cette membrane aux membranes séreuses, mais les pathologistes se taisent sur la sécrétion morbide de cette membrane.

Je traiterai, plus tard, quelques points de pathologie qui démontreront la présence du catarrhe dans cette membrane.

de ces systèmes, et d'un surcroît d'activité dans le travail sécrétoire propre à chacun de ces cinq systèmes, tellement que la collection catarrhale représente la quantité du sang fixé ou se dirigeant sans cesse sur ces organes sécréteurs.

Tout organe sécréteur est sujet au catarrhe.

Le catarrhe ne suppose aucune altération organique, mais seulement un travail plus actif dans les organes sécréteurs qui, après l'épuisement de la fluxion sanguine, reprennent leur rhythme physiologique.

Entre le phénomène catarrhal et la sécrétion proprement dite, il y a cette différence que le catarrhe est le travail d'un organe sécréteur, atteint d'hypérémie (1) spontanée ou artificielle, tandis que la sécrétion est le travail normal, physiologique, nécessaire à l'accomplissement de la fonction assignée à chacun de ces cinq systèmes d'organes.

Ainsi, le catarrhe n'est point une inflammation, mais l'acte par lequel l'organe sécréteur épuise les matériaux de l'inflammation.

Je distingue le catarrhe en spontané ou naturel, et en sollicité ou artificiel.

Le catarrhe est spontané ou naturel, quand il se manifeste par le libre exercice du travail sécrétoire propre aux cinq systèmes sécréteurs. Ainsi, lorsque la peau, ou une membrane muqueuse, séreuse, etc., atteintes d'hypérémie, redoublent l'activité de leur travail sécrétoire pour épuiser les matériaux de la fluxion sanguine, le catarrhe est spontané ou naturel.

Le catarrhe, au contraire, est sollicité ou artificiel, quand il résulte de l'hypérémie déterminée par des moyens mécaniques ou pharmaceutiques. Sous ce dernier point de vue, trois systèmes sécréteurs reçoivent seuls les sollicitations du médecin praticien; ce sont: les systèmes cutané, muqueux et glanduleux.

Enfin, le catarrhe est partiel ou général, suivant qu'il affecte une portion ou la totalité d'un système sécréteur; temporaire ou chronique, quant à sa durée; idiopathique ou symptomatique, quant à son étiologie.

§ 2e. *Comment le catarrhe entre-t-il dans la pathologie?* — Considéré comme produisant l'écoulement des matériaux du travail inflammatoire, par un procédé physiologique, le catarrhe ne peut entrer d'emblée dans la pathologie. Au contraire, le catarrhe détermine, le plus souvent, l'avortement de l'inflammation, et, sous ce dernier rapport, il devient la sauve-garde des organes sécréteurs atteints d'hypérémie.

Mais le catarrhe spontané ou naturel prend sa place dans la pathologie, quand il siége sur un système qui ne se prête pas à l'évacuation de la collection catarrhale: tel est le catarrhe séreux. L'épanchement qui résulte d'une pleurésie, d'une péritonite, etc., devient un cas pathologique, bien que l'hypérémie de la plèvre ou du péritoine soit dissipée par le travail sécrétoire de ces membranes.

Je maintiens que, dans le plus grand nombre des cas, l'hypérémie des membranes séreuses ne serait pas plus grave que celles des membranes muqueuses, si la collection catarrhale séreuse avait une issue au dehors de l'économie. Certainement qu'une hydrocèle ne serait pas plus sérieuse qu'un coryza, si la membrane vaginale avait un conduit sécréteur.

Je sépare, du système séreux, la membrane vasculaire interne, dont les produits trouvent une issue par les divers émonctoires fournis par tous les organes sécréteurs.

Comme naturel et artificiel, le catarrhe est encore du domaine de la pathologie, lorsque la fluxion sanguine, déterminée par les agens physiques ou médicamenteux, n'est qu'incomplétement épuisée par le travail des organes sécréteurs. Alors l'inflammation poursuit sa marche, et modifie la texture des organes. C'est ainsi qu'après un coryza, une bronchite, malgré l'écoulement obtenu par la membrane nasale ou bronchique, ces membranes conservent un état fluxionnaire qui réclame les secours du médecin. Tous les jours, un vomitif, un purgatif, donnés intempestivement, laissent, après leur administration, une fluxion plus ou moins considérable dans l'estomac ou dans les intestins. Souvent après l'ablation de la pierre, ou d'une sonde, la vessie ou l'urètre conservent un état catarrhal déterminé par ces corps étrangers.

Le catarrhe doit entrer dans la pathologie, lorsque par une métastase fâcheuse, un organe sécréteur, d'un ordre supérieur, dérobe les matériaux destinés à un organe moins important. Un individu couvert d'une sueur abondante, contracte subitement du froid; alors la plèvre devient le siége d'une fluxion catarrhale. Souvent encore, une collection abdominale peut, par une métastase plus fâcheuse, occasioner une collection séreuse dans les ventricules.

Enfin, le catarrhe, par sa continuité ou son entretien, devient une source de maladie, en détournant, à son profit, les matériaux de la nutrition, et en conduisant les individus au marasme.

Donc, sous le rapport de son siége, de son travail incomplet, de sa métastase, de sa continuité, le catarrhe peut devenir cause de gêne pour certaines fonctions, cause du développement des travaux de l'inflammation, cause d'amaigrissement et cause de mort.

§ 3e. *Quelle est la place du catarrhe dans la thérapeutique?* — Le catarrhe, envisagé comme déterminant l'avortement de l'inflammation dans les organes sécréteurs, atteints d'hypérémie, devint pour moi le sujet des méditations les plus intéressantes. C'est par la facilité réservée au médecin, de solliciter une hypérémie sur tel système ou organe sécréteur, et d'occasioner une émission catarrhale, que la méthode thérapeutique de l'inflammation, dite *révulsive*, acquiert de jour en jour une plus grande valeur.

C'est en étudiant la nature du phénomène catarrhal dans les différens systèmes sécréteurs, qu'on appréciera toute l'importance des émissions catarrhales, et que, les associant aux émissions sanguines, on fondera l'alliance qui doit unir ces deux méthodes, les seules puissantes pour combattre l'inflammation. Car, sous le rapport thérapeutique, l'inflammation ne doit consister que dans une hypérémie, dont il faut soulager l'organe qui en est accablé. Pour parvenir à ce but, les praticiens se sont divisés en deux classes: la première comprend les médecins qui veulent débarrasser les organes de la fluxion

(1) Fluxion sanguine, afflux de sang artériel, hypérémie, ont pour moi le même sens.

sanguine par les saignées locales et générales ; la seconde classe réunit les thérapeutistes qui cherchent les systèmes ou les organes sécréteurs qui, étant sollicités dans leur action sécrétoire, produiront une dérivation et une évacuation des matériaux de l'inflammation. Ces deux classes de médecins font subir la chute de l'inflammation, les premiers par une évacuation sanguine, les seconds par une évacuation catarrhale.

Mais dans la provocation d'un catarrhe artificiel, on devra fuir les moyens qui porteraient leur action sur le système séreux. J'en ai donné la raison plus haut.

L'importance de la membrane interne vasculaire exige également qu'il ne soit tenté aucune révulsion sur elle.

Trois systèmes sécréteurs, seulement, sont mis à la disposition du médecin, pour provoquer le catarrhe. Ce sont, les systèmes cutané, muqueux et glanduleux. Le choix de ces systèmes, pour la provocation du catarrhe, est justifié par leurs conduits excréteurs.

Les émissions catarrhales faites avec sagacité donnent au médecin la plus grande réputation, et révèlent son tact médical. Le malade, malgré son ignorance sur les moyens curatifs, sait très bien apprécier l'emploi favorable qui a été fait d'un purgatif, d'un vomitif, etc.

Pour traiter convenablement ce troisième paragraphe, il faudrait passer en revue le cadre nosologique, et indiquer successivement les maladies qui sont amendées ou guéries par les émissions catarrhales.

Pour le catarrhe cutané, il faudrait exposer le phénomène de l'acclimatement de l'Européen aux tropiques, dont l'amaigrissement commence par les sueurs : indiquer la présence salutaire de celles-ci dans les phlegmasies de l'appareil respiratoire et digestif et après les fièvres exanthématiques, enfin, démontrer l'emploi favorable des sueurs partielles, du cuir chevelu, des pieds, des articulations, soit enfin l'importance du catarrhe cutané général par les bains de toutes espèces ou par tous les diaphorétiques qui mettent en action l'enveloppe cutanée.

Pour le catarrhe muqueux, qui oserait mettre en doute l'heureuse apparition du catarrhe bronchique ou intestinal dans les inflammations de la poitrine ou du ventre ? Le catarrhe intestinal n'est-il pas sollicité avec succès après toutes les fièvres exanthémateuses, et tout récemment n'est il pas proclamé comme le moyen spécifique dans les affections typhoïdes (1)? Quel est le praticien qui n'adresse, chaque jour, ses succès à l'émétique à haute dose dans le traitement de la pleuro-pneumonie, du rhumatisme, et dans l'inflammation des membranes du cerveau (2).

Bien que le catarrhe glanduleux soit produit par des organes moins étendus que la peau ou le tube digestif, cependant on emploie journellement, suivant l'occurrence et avec succès, le catarrhe des glandes salivaires, biliaire, rénale, etc., etc., soit isolément, soit avec le concours des autres catarrhes.

Non seulement dans les trois ordres de systèmes, sur lesquels on provoque le catarrhe, l'expérience constate qu'on y puise des moyens énergiques pour combattre le catarrhe séreux spontané ; mais encore elle nous apprend que ces trois ordres de systèmes sécréteurs s'aident mutuellement dans la cure du catarrhe établi sur l'un d'eux ; par exemple, le catarrhe spontané d'un de ces systèmes, peut trouver sa guérison dans le catarrhe que nous sollicitons sur l'un des deux autres systèmes avec lequel il a des rapports sympathiques. Ainsi, on supprime le catarrhe bronchique par le catarrhe intestinal ou cutané ; le catarrhe salivaire par les purgatifs ; le catarrhe intestinal par le catarrhe cutané.

Sous le point de vue général de la thérapeutique de l'inflammation, quoique j'aie rangé, sur la même ligne, les émissions catarrhales et les émissions sanguines, il ne s'ensuit pas que leur choix soit indifférent pour arriver au même but. Dans nos climats, et suivant les saisons, l'observation nous démontre que les individus sujets à un catarrhe spontané, le supportent plus longtemps et avec moins d'altération dans leurs forces vitales, que les personnes soumises à des hémorrhagies spontanées. Si donc, toutes choses égales d'ailleurs, un individu résiste plus longtemps à un catarrhe qu'à une perte sanguine ; s'il peut rendre par les selles plusieurs pintes de liquide, tandis que la perte d'une livre de sang le jette dans l'abattement, il faut convenir que l'exclusion des émissions catarrhales ne saurait être faite au profit des émissions sanguines, et *vice versâ ;* mais qu'on doit les combiner dans le traitement des phlegmasies, suivant les lieux et le génie des maladies, et que, sous ce dernier rapport, beaucoup d'individus se trouvent mieux des émissions catarrhales que des émissions sanguines.

Romain Gérardin, *D.-M. P.*

(1) Cette méthode curative de l'affection typhoïde m'a donné, dans deux cas récens, des résultats au delà de toute espérance.

(2) Il est peu de médicamens que j'employe avec plus de prédilection que l'émétique à haute dose, et j'affirme que j'aime mieux obtenir des évacuations par haut et par bas, que d'observer la tolérance de l'estomac pour ce médicament énergique.

IV. SUR LES FIÈVRES MIASMATIQUES DE MARAIS SIMPLES ET PERNICIEUSES QUI ONT RÉGNÉ A BOUGIE PENDANT L'ÉTÉ 1834, ET SUR L'ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE, A HAUTES DOSES, DANS LEUR TRAITEMENT.

La ville de Bougie, bâtie en amphithéâtre sur une montagne près de la mer, domine au sud une assez belle plaine bordant le fond de la baie. Mais cette plaine inculte est sillonnée par différens ruisseaux qui, formés par les eaux descendues de la montagne sans pouvoir s'écouler toutes dans la mer, la rendent marécageuse. De là, pendant les chaleurs, une influence miasmatique pernicieuse qui, ajoutée à celle du climat, des grands mouvemens de terre opérés dans la ville, et à l'insolation à laquelle ont été exposés nos soldats pendant l'été dernier, a rendu malades, en deux mois, les quatre cinquièmes de la garnison.

Chez tout homme frappé pour la première fois, on put observer une période d'incubation plus ou moins longue, se manifestant par les prodromes d'un véritable empoisonnement, par des lassitudes spontanées et douloureuses, des

céphalalgies violentes, continues ou intermittentes, des syncopes, des envies de vomir, des vomissemens : le pouls était plein, mais *la langue presque constamment à l'état naturel, rose, large et humide*. Traités par une saignée générale et quelques grains de sulfate de quinine, ces prodrômes disparaissaient promptement si l'homme était soustrait au foyer d'infection ; mais abandonnés à la nature ou traités seulement par les antiphlogistiques, ils se sont toujours convertis en fièvres intermittentes de différens types, et trop souvent pernicieuses.

Je ne m'arrêterai pas à les décrire, je ne veux que faire remarquer ce que cette épidémie a offert de particulier par suite de la position dans laquelle nous nous trouvons ici. Ainsi l'épidémie eut réellement deux périodes, une d'acuité, de première invasion, c'est-à-dire où chaque jour de nouveaux individus étaient frappés, période qui dura pendant toutes les chaleurs. Une deuxième, de rechutes, qui se prolongea bien avant dans l'arrière saison, et qui était due à de nouvelles intoxications, chez des sujets atteints déjà et guéris une première et une deuxième fois, mais qui, renvoyés de l'hôpital à peine convalescens, pour faire place à d'autres plus malades et reprenant leur service trop vite, retombaient presque immédiatement.

Dans la première période, les types rémittent et quotidien ont été les plus nombreux, et l'état pernicieux subintrant très fréquent, d'autant plus insidieux que la période de froid manquant presque toujours, ou n'étant marquée que par un frisson imperceptible dont le malade ne tenait point compte, il a pu être pris au début de l'épidémie pour l'expression d'inflammations intérieures graves. Dans la deuxième, le type tierce fut plus fréquent et l'accès mieux dessiné, plus régulier, à mesure qu'on s'est éloigné de l'invasion de la maladie ; mais l'état pernicieux est venu nous surprendre plus souvent que dans la première période, d'autant plus grave et plus rapidement mortel qu'il succédait à plus d'infections ou rechutes. Des maladies chroniques du tube digestif et des organes thoraciques des altérations profondes de la rate, suite de la répétition de la fièvre, l'anémie, le découragement, la nostalgie, la mortalité caractérisèrent particulièrement cette période.

Ces fièvres miasmatiques ne frappèrent dans le principe et d'une manière bien remarquable que les corps faisant le service des postes qui se trouvent dans la plaine, et ceux qui habitent un camp retranché établi à son entrée, immédiatement aux pieds de la ville et logeant une partie de la troupe ; officiers, soldats, tout fut atteint, il en fut de même de ceux qui leur succédèrent. Le vaisseau de l'état stationnaire qui se tenait au fond de la rade, fut bientôt obligé de s'éloigner, le commandant et une partie de son équipage étant tombés malades, et, quinze jours après, ce navire n'en eut plus aucun dans son nouveau mouillage.

Les fièvres se répandirent en peu de temps sur un si grand nombre d'individus qu'elles constituèrent une véritable épidémie sur notre garnison ; et l'hôpital militaire qui ne pouvait tenir que 120 lits (car ce pays-ci avait hautement été proclamé le plus sain de l'Afrique), malgré le grand nombre d'infirmeries régimentaires instantanément établies, se trouva de suite insuffisant, même pour ne traiter que les plus malades, et l'urgence fut telle qu'il fallut malheureusement choisir pour succursale, des baraques en construction destinées à la troupe et situées au camp inférieur précisement sous le foyer miasmatique de la plaine ; aussi chargés de ce service, mon collègue M. Grallan et moi, pûmes-nous constater qu'aucun malade quelque bien guéri qu'il nous parût, ne put sans rechuter y prolonger huit jours sa convalescence ; qu'un grand nombre d'affections différentes telles que bronchites, pneumonies, colites, etc., etc., se ressentant de l'influence endémique, prirent le caractère intermittent et grave de la maladie régnante, et ne purent céder qu'au sulfate de quinine ; enfin de quinze officiers de santé successivement attachés à ce service, douze tombèrent malades, et tous les infirmiers eurent aussi leur tour.

Quant au traitement, partageant les idées de tous les bons esprits sur les fièvres miasmatiques des marais, ne les croyant point primitivement des inflammations ni des névroses, mais bien le résultat d'une altération du sang par suite d'une infection, d'un empoisonnement miasmatique, l'anémie qui s'est offerte à nous si souvent dans la première période même, en étant encore une preuve pour moi, je ne m'en suis pas laissé imposer par les symptômes graves, cérébraux, gastriques, etc., à peine rémittens, que j'avais journellement sous les yeux; constamment je leur ai opposé le sulfate de quinine comme antidote, contrepoison, et l'ayant bientôt reconnu infidèle à faible dose chez les sujets sérieusement atteints, loin de le considérer alors comme contraire, je ne le donnai plus à quelques grains, mais tout malade un peu suspect en prit aussitôt de 40 à 60 grains par jour, ordinairement moitié en potion, moitié en lavement ; et la quantité du médicament étant dès lors toujours réglée sur la gravité de l'intoxication, dans les accès pernicieux je l'ai portée jusqu'à un gros et demi et deux gros dans les 24 heures ; toujours je lui ai associé l'opium ou les antispasmodiques, et j'ai administré le premier avec un succès remarquable à la dose de 4 et 6 grains d'extrait aqueux, un demi-grain par heure, aux hommes fatigués par des vomissemens spasmodiques persistans et s'opposant à l'absorption de l'antidote. Des saignées générales et locales dans les premières atteintes, et les révulsifs surtout dans les suivantes secondèrent l'action de ces médicamens. Parfaitement aidés dans l'application de cette médication par messieurs les officiers de santé de garde, nous ne croyons pas avoir eu de pertes inattendues à déplorer, mais nous avons obtenu, par ces moyens, des succès inespérés chez des soldats apportés des infirmeries, sans connaissance, dans un état algide et tétanique, datant souvent de 12 et 15 heures. J'ai insisté encore sur ce traitement chez des sujets dont la langue fuligineuse et racornie, dont la peau sèche et brûlante semblaient indiquer une phlegmasie interne concomitante, et je me suis habitué à voir ces hommes se relever et guérir. Ici j'ai administré le sulfate de quinine à fortes doses 1° parce que tout ce qui était malade à l'hôpital du camp inférieur se trouvait sous l'influence endémique ;

2° parce que je crois avoir remarqué qu'après l'usage des antiphlogistiques le sulfate de quinine, pris à hautes doses, est sédatif, sinon antiphlogistique, tandis qu'à faible dose il m'a paru tonique et irritant.

Dans les premières rechutes, les saignées furent inutiles, et si j'ai bien observé, les hommes chez lesquels on avait insisté sur le traitement antiphlogistique furent ceux qui revinrent le plus volontiers à l'hôpital, et se rétablirent le plus difficilement : le sulfate de quinine fut toujours donné avec succès et à hautes doses dans les accès pernicieux si fréquens dans cette période. Plus tard, les malades revenant pour la cinquième et sixième fois arrivaient dans un état de détérioration et de découragement si grand, tous porteurs de phlegmasies internes graves, par suite de la répétition de la fièvre et du mauvais régime qu'ils étaient obligés de suivre à la chambre, que tout médicament devint impuissant. Je dois dire cependant que le nitrate de potasse à doses plus ou moins élevées nous a parfaitement réussi dans les hydropisies consécutives ; le kermès minéral dans les bronchites ; le sous-carbonate de fer uni à l'opium comme tonique, et le sous-acétate de plomb dans les diarrhées colliquatives ont été donnés aussi avec quelque avantage.

Les doses auxquelles M. Grallan et moi nous avons porté le sulfate de quinine pendant l'épidémie qui vient de régner à Bougie paraîtront peut-être en France exorbitantes à beaucoup de médecins. Parti de France avec l'expédition de 1833, je savais par ouï-dire en arrivant en Afrique que plusieurs médecins distingués attachés à l'armée l'employaient ainsi avec succès depuis plusieurs années ; mais timide encore, il a fallu, par l'observation, m'assurer que la plupart des maladies tendent ici à l'intermittence, voir d'abord réussir le sulfate de quinine aux doses ordinaires pendant l'hiver, puis à mesure que les chaleurs approchaient des fièvres intermittentes graves se déclarer. Reconnaissant une cause spécifique autre que *la fraîcheur des nuits et les variations brusques de l'atmosphère*, il a fallu alors trouver le sulfate de quinine infidèle, pour oser l'augmenter aussitôt, et me convaincre par le succès que la nécessité d'en décupler les doses, pour maîtriser ces affections, était devenue urgente. Jamais je ne l'ai vu produire d'effets toxiques, et je ne pense pas que les affections consécutives des viscères, qui ont entraîné ici tant de nos soldats, aient été, comme le prétendent quelques médecins, la suite de son usage ; car toutes ces fièvres guérirent par le sulfate de quinine une première, deuxième et troisième fois, sans laisser de traces après elles ; aucune ne guérit sans lui, et tous les convalescens, même ceux, pour les jours desquels on avait eu des craintes, qui purent s'éloigner des causes de la maladie, et s'astreindre à un régime, n'eurent pas de rechute et se portent parfaitement aujourd'hui, malgré la prise de doses considérables de ce sel ; mais il est bien démontré, pour moi du moins, qu'elles furent dues, comme je l'ai déjà dit, à des intoxications nouvelles, à la répétition de la fièvre, au défaut de régime, dans un pays où n'ayant aucune relation avec les indigènes, nous avons toujours manqué de laitage et de végétaux frais, où la garnison est réduite une partie de l'année à se nourrir de lard salé : elles furent dues à ce que nos soldats étaient entassés malades dans des infirmeries, où ils mouraient manquant de tout, dans un hôpital étroit et malsain, ouvert à tout vent, assis sur un terrain profondément remué, et sous l'influence de la plaine ; et comme ceux qui relevaient de maladie n'étaient pas évacués sur Alger ou sur la France, nous étions encombrés de convalescens nostalgiques, découragés, sans distractions, n'ayant pour perspective que des rechutes nouvelles, et de consolations, que les excès de toute espèce. Ainsi s'explique comment la mortalité fut peu considérable pendant les deux premiers mois de l'épidémie ; elle n'était alors que du trente-cinquième de la garnison, tandis qu'au premier janvier 1835, six mois après son invasion, elle en avait détruit le cinquième ; perte énorme qui a frappé sur les hommes les plus vigoureux, et qui doit nous faire redouter l'approche de la saison prochaine.

Ainsi, l'effectif de la garnison de Bougie, le 1er juillet 1834, était de . . . . . 3,300 h.
Il y avait alors à l'hôpital. 121
Il y est entré, du 1er juillet au 31 décembre 1834. 3,563
Evacués en six fois, *idem* . . . 804
Morts à l'hôpital et dans les infirmeries au 31 décembre. 441
Morts après avoir été évacués. . . 175
Le nombre des journées d'hôpital pendant ces six mois, s'est élevé à. . 61,175; et portant, à un nombre égal, celui des infirmeries, dont je n'ai pu me procurer le chiffre, c'est ne point dire assez.

Enfin, il y a eu dans la garnison, tant à l'hôpital que dans les infirmeries régimentaires, pendant trois mois, un mouvement de 1,400 à 1,600 malades à la fois.

Espérons cependant que l'administration, cette année, se sera mieux précautionnée ; que le conseil de santé de l'armée, instruit de notre état sanitaire, provoquera l'établissement d'un service régulier d'évacuations, au moyen de *gabarres-hôpital*, et appellera la sollicitude du ministre de la guerre, sur une garnison aussi importante que celle de Bougie.

Eug. Martenet,
Chirurgien, aide-major de l'hôpital militaire de Bougie.

V. HYDROPISIE INTERNE CHRONIQUE DU CERVEAU OU HYDROCÉPHALE. PARACENTHÈSE (1).

Quoique l'observation suivante ne proclame pas un cas de guérison, je crois néanmoins devoir la publier. Il est du devoir d'un médecin de faire part de ses tentatives malheureuses comme de ses succès. Les premières ont presque toujours un certain degré d'intérêt.

Françoise Edme-Lerouge, âgée de sept mois, d'Héricy-sur-Seine, atteinte d'hydrocéphale,

(1) Voir l'une des planches qui accompagnent ce numéro.

qui se déclara dès la naissance, d'après les renseignemens que je recueillis, me fut présentée en mars 1833. La tête de cette enfant avait alors de seize à dix-sept pouces de circonférence. Je prononçai le mot de ponction, et je ne répondis nullement du succès; néanmoins cette opération inspira de l'espoir aux parens. On voulut consulter auparavant différens praticiens des environs. M. le docteur Bardout, médecin distingué de Fontainebleau, ne crut pas devoir prescrire de traitement ni donner son avis sur la ponction que j'avais *osé* proposer.

Je fus trois mois sans revoir mon hydrocéphalique. Pendant ce laps de temps, aucune médication n'avait été employée.

Le volume de la tête augmentait en quelque sorte à vue d'œil. Enfin, au mois de juillet, la mère me pria de venir retirer l'eau qui était renfermée dans la tête de son enfant.

Je n'ignorais pas que la ponction, comme moyen curatif de cette grave maladie, est depuis long-temps mise en oubli et rejetée en général de tous les praticiens modernes. La manière simple, il est vrai, de la pratiquer n'a pas même trouvé place dans nos grands traités de chirurgie. Boyer n'en parle pas. Le *Dictionnaire de médecine*, en vingt-un volumes, se tait également sur ce point, etc. C'est dans nos feuilles périodiques qu'on doit chercher ce procédé, et encore, la plupart, sont-elles muettes sous ce rapport.

La *Gazette médicale de Paris* (1832), p. 741, contient l'histoire d'une hydrocéphalie, chez un tout jeune enfant (huit mois), dont la guérison a été obtenue par la ponction répétée. Ce brillant succès est dû à un chirurgien anglais, M. C. Russell.

C'est donc en vertu de ce fait pratique, très heureux, que je ne dus pas reculer devant une opération peut-être trop rarement mise en usage: *Meliùs anceps remedium quàm nullum.*

— Ier *ordre de symptômes.* — Les fonctions digestives se font bien. Aucune irrégularité dans les organes. L'enfant ne paraît nullement souffrir, soit placé debout, soit couché. La tête semble d'un volume très considérable; elle a vingt pouces de circonférence, en raison de la petitesse de la figure, dont l'aspect est celui d'un automate. Le globe oculaire, plutôt enfoncé que saillant, roule sans cesse dans son orbite; il est recouvert par la paupière inférieure, disposition produite plus par l'abaissement de celle-ci que par son alongement. On n'aperçoit presque constamment que le blanc de l'œil, la sclérotique, quelquefois la moitié supérieure de la cornée transparente. Il n'y a pas de strabisme. La pupille n'est pas dilatée anormalement.

La tête est entraînée en avant ou en arrière, selon que l'enfant est penchée de l'un ou de l'autre côté; mais si elle est debout, la tête a plus de tendance à se porter en avant.

IIe *ordre de symptômes.* — Les coronaux sont séparés antérieurement par un espace de trois pouces et demi, et on sent dans ce large intervalle une fluctuation bien manifeste. Au sinciput, même distance entre les pariétaux, ainsi qu'à la partie postérieure, région où la fluctuation est également très sensible.

Traitement. — Le 10 juillet, première ponction faite au moyen d'un trois-quarts à hydrocèle. J'introduisis mon instrument à un demi-pouce de profondeur sur le côté gauche de la fontanelle antérieure. Le poinçon retiré, il s'écoula par la canule, d'un jet continu et rapide, une sérosité claire, limpide, presque incolore, et tirant légèrement sur la couleur citrine, inodore, transmettant à travers le vase où elle est déposée un degré de chaleur très sensible. La quantité fut de six onces.

Pendant l'opération, l'enfant manifesta à peine de la douleur; mais aussitôt que j'eus retiré la canule, elle devint pâle, au point que je crus la voir succomber. Placée dans son lit, la tête élevée, elle témoigna de la souffrance par des cris continuels. Je me félicitai d'avoir arrêté l'écoulement du liquide, que les parens eussent désiré voir couler plus long-temps. Les os de la partie antérieure du crâne se rapprochèrent immédiatement. Un petit emplâtre de diachylon gommé (sparadrap) recouvre la petite plaie; une compresse de linge et un bandage circulaire, une calotte de coutil composent l'appareil. Je prescrivis le proto-chlorure de mercure.

Le 24, la tête est mesurée, et je constate à peine une diminution d'un pouce; mais une chose bien particulière à noter est celle-ci: la cicatrice correspond à deux lignes environ du bord interne du coronal droit, bien que la ponction ait été faite du côté gauche, et l'espace du côté droit est à peu près le même qu'avant la ponction. La compression exercée sur la tête l'a rendue conique. La figure paraît moins étroite et moins courte; la pupille est plus centrale.

Le 24, deuxième ponction pratiquée du côté droit. Je suis obligé de chercher le point d'élection, en raison de la présence de la cicatrice de ce côté. Même qualité, même quantité de liquide coulant d'un jet aussi continu. L'enfant devient moins pâle et pousse moins de cris; ceux-ci cessent tout à fait, lorsque la petite malade est debout.

Le 26, elle ne veut plus manger, boit difficilement; est assoupie; les doigts sont fortement fléchis, le pouce surtout est retiré dans la paume de la main.

Le 6 septembre, l'enfant est revenue à son état habituel, mais le volume de la tête est augmenté.

Troisième ponction du côté droit. Quatre onces de liquide; d'une température moins élevée; écoulement lent, l'opération est supportée facilement; cependant la mort survint dix jours après.

Après la troisième ponction, l'enfant parut plus faible.

Tension permanente et roideur des membres inférieurs et supérieurs.

Quelques jours plus tard, contracture des doigts des deux mains.

Deux jours avant la mort, état comateux.

Déglutition impossible.

Ici, l'autopsie encéphalique eût été d'une assez grande importance; mais les obstacles, pour en venir à cet examen, sont, en province, presque toujours insurmontables.

J'ai voulu donner cette observation dans tous ses détails. Le résultat devrait-il décourager les praticiens à qui le même cas se présenterait? Je répondrai par la négative. Seule-

ment, je ferai cette réflexion : « que peut-être la ponction serait faite avec plus de succès en retirant le moins de liquide possible à la fois ; partant en se réservant le plus de ponctions possibles à pratiquer. » C'est une conjecture que je hasarde.

ALLAIRE, D. M. P.
à Héricy sur Seine.

VI. BELLADONE.

Depuis quelques années, de nombreux travaux ont été publiés sur l'efficacité de la belladone dans le traitement des constrictions spasmodiques ou inflammatoires des sphincters et des anneaux musculeux et fibreux. Les faits que viennent de nous communiquer MM. Gérard et Carré servent à fixer de nouveau l'attention des praticiens sur ce point important de thérapeutique.

EFFICACITÉ DE L'EXTRAIT DE BELLADONE DANS LES RÉTENTIONS D'URINE.

Ire *observation.* — Madame B***, âgée de 36 ans, enceinte pour la première fois, après 48 heures de travail, accoucha le 16 novembre 1834, à une heure du matin, d'un enfant mort-né. Le cordon ombilical était très grêle, et n'avait que huit pouces de longueur ; l'accoucheuse, par une traction probablement trop brusque, en procura la déchirure, vers sa racine placentaire. L'hémorrhagie considérable qui s'en suivit, faisant redouter une issue funeste, détermina la sage-femme à me faire appeler immédiatement. J'arrivai une heure après la sortie de l'enfant, voici l'état dans lequel je trouvai la malade : pouls très faible et concentré, sueur froide qui ruisselait sur tout son corps, face décolorée, syncopes qui se succédaient les unes aux autres, hémorrhagie très abondante continuant avec force. La première indication urgente à remplir, fut de porter la main dans l'utérus pour extraire le placenta qu'il fallut décoller en partie ; la deuxième fut d'y porter de nouveau la main pour le faire contracter et amener au dehors les caillots de sang qu'il contenait ; dès ce moment l'hémorrhagie s'arrêta, l'accouchée revint peu à peu de ses syncopes, et s'endormit quelques heures après.

Vers les 10 heures du matin, la région hypogastrique était devenue le siége d'une douleur qui augmentait par la moindre pression, et d'une tension considérable, résultat d'une grande accumulation d'urine dans la vessie, car la malade dit n'avoir pas uriné depuis le commencement du travail de l'accouchement J'ordonnai aussitôt l'usage de la limonade végétale, l'application d'un cataplasme émollient sur l'hypogastre, et recommandai à l'accouchée de se présenter de temps en temps sur le vase pour uriner.

A neuf heures du soir, la douleur hypogastrique était si violente, que la malade ne pouvant supporter le poids du cataplasme, le rejeta loin d'elle. La vessie était considérablement distendue, la fièvre très ardente, les lochies continuaient à couler, et les vomissemens se succédaient rapidement ; je voulus pratiquer le cathétérisme pour vider la vessie, pensant que la rétention des urines donnait lieu à tous ces accidens, mais quelle fut ma surprise de ne pouvoir faire pénétrer dans l'urètre l'extrémité de la sonde ! Je crus d'abord à une anomalie d'organisation, ou bien que le bout de la sonde n'était pas vis-à-vis l'orifice du canal ; examinant plus attentivement, je reconnus bientôt l'orifice de l'urètre qui laissait échapper un léger suintement d'urine. Après plusieurs tentatives infructueuses, la coarctation du canal étant manifeste, les urines ne s'étant pas écoulées depuis trois jours, et la faiblesse de la malade ne me permettant de recourir ni à la saignée, ni aux sangsues, ni aux bains, je prescrivis la pommade suivante :

℞ Extrait de belladone deux gros.
Axonge une once.

Mêlez : pour frictions sur l'hypogastre et sur la partie interne des grandes lèvres.

La première friction fut faite à minuit, une seconde à trois heures du matin, peu de temps après celle-ci, la malade rendit en deux fois, avec cuisson vive dans l'urètre, environ un verre d'une urine sanguinolente, et d'une odeur insupportable. Je fis continuer les frictions de la même manière le reste de la journée, elles provoquèrent une grande évacuation d'urine.

Le lendemain, l'hypogastre était souple et peu douloureux, les urines s'écoulaient toujours en abondance, mais avec douleur dans le canal, cependant elles étaient moins colorées et moins fétides ; la fièvre était moindre. Désirant alors m'assurer dans quel état se trouvait l'urètre, j'y introduisis le bout d'une sonde qui pénétra dans la vessie, avec facilité.

Dès le cinquième jour, la malade fut parfaitement guérie de sa rétention d'urine, mais ce ne fut que le sixième jour, que la sécrétion laiteuse s'opéra ; et depuis lors la malade recouvra une santé parfaite.

Réflexions. — Chez Madame B***, la coarctation de l'urètre était-elle le résultat d'une congestion inflammatoire, produite par l'extrême lenteur que la tête avait mis à traverser le détroit inférieur et la vulve, ou bien aurait-elle eu pour cause un excès de spasme ?

IIe *observation.* — Le 4 décembre 1834, le nommé Etienne ***, âgé de 49 ans, fut saisi d'une vive douleur à l'hypogastre, avec fièvre ardente, et difficulté dans l'émission des urines. Une saignée de 20 onces lui fut immédiatement pratiquée, j'ordonnai un bain entier, et l'usage de la limonade végétale. Le soir, la douleur devenant plus aiguë, et les urines s'étant supprimées, je fis appliquer 30 sangsues au bas-ventre, qui fluèrent abondamment.

Le lendemain, les symptômes ayant augmenté d'intensité ; je réitérai la saignée, l'application de 20 sangsues sur le périnée et le bain entier après leur chute.

Le troisième jour, ne trouvant point d'amélioration, le cathétérisme ayant été pratiqué sans succès, je prescrivis des frictions, de trois en trois heures, sur les régions hypogastrique et périnéale, avec la pommade d'extrait de belladone. Après la troisième friction, j'obtins une petite évacuation d'urine.

Le quatrième jour, mêmes frictions ; la dou-

leur et la fièvre cessèrent, les urines s'écoulèrent avec facilité, et le malade fut, le cinquième jour, complètement guéri de sa rétention d'urine.

IIIe *observation.* — Le 10 janvier 1835, Mouret (Jean), âgé de 24 ans, après une violente contusion sur la région hypogastrique, éprouva pendant 3 jours, des douleurs sur-aiguës avec rétention des urines. Ce ne fut qu'après l'insuccès des saignées, des sangsues, des bains de quatre heures de durée, etc., que j'employai la pommade avec l'extrait de belladone, qui procura, après la troisième friction, la sortie des urines.

IVe *observation.* — Le nommé T*** était atteint de rétrécissement urétral depuis six années. Le 15 janvier 1835, il me fit appeler en consultation pour lui donner des soins dans une rétention d'urine, existant depuis 4 jours, qui avait résisté aux saignées, aux sangsues, aux bains, aux opiacés, au cathétérisme, etc.; dans ce cas-ci, un léger écoulement d'urine eut lieu après la première friction de la pommade d'extrait de belladone, et par l'emploi de cette pommade continué pendant 36 heures, l'éjection des urines devint parfaitement libre.

M. Guérin de Bordeaux combat les rétrécissemens spasmodiques de l'urètre en enduisant une bougie avec de la pommade de belladone ; c'est encore par l'urètre qu'il fait pénétrer le médicament, quand il veut s'en servir pour combattre une hernie étranglée (1).

On connaît aussi l'efficacité de la belladone dans les contractions spasmodiques du col utérin, et souvent dans la hernie étranglée.

GÉRARD, D. M. P.

ex-premier chirurgien interne de l'hôpital d'Avignon.

—

EMPLOI DE LA BELLADONE CONTRE LES CONTRACTIONS SPASMODIQUES DE L'UTÉRUS, CELLES DE L'ANNEAU INGUINAL ET DU CANAL DE L'URÈTRE.

Contractions utérines occasionées par des attouchemens et des excitations, emploi de la belladone, accouchement. — Madame B***, de forte complexion, d'un certain embonpoint, bien conformée, avait déjà mis au monde deux enfans sans obstacle : elle devint enceinte pour la troisième fois. La grossesse parcourut toutes ses périodes sans accidens. Le moment de l'accouchement arrivé, une sage-femme fut appelée : elle reconnut au toucher que la parturition était proche. Les douleurs se multiplièrent en vain, la poche des eaux s'étant rompue, la malade était dans des angoisses et des anxiétés cruelles. La sage-femme voulut hâter la délivrance, en cherchant à dilater avec ses doigts le col de l'utérus. Cette manœuvre imprudente augmenta l'irritation et détermina les contractions de l'utérus ; ce qui occasiona des convulsions. Inquiète de cet état, elle se décida à réclamer l'assistance d'un homme de l'art : je fus appelé.

A mon arrivée, je trouvai la malade en danger, les douleurs expulsives cessées, le col de l'utérus dur et resserré. Je pratiquai sur le champ une saignée, et fis placer la malade dans un bain : ce qui ne produisit que la diminution des convulsions ; les contractions du col étant les mêmes, je me rappelai les conseils du professeur Chaussier, et fis préparer la pommade suivante : Extrait de belladone, 8 grammes, délayé dans suffisante quantité d'eau et trituré avec 64 grammes de cérat ; j'en frictionnai le col de l'utérus à la quantité de deux à quatre grammes, chaque demi-heure ; à la troisième friction, le col se trouva suffisamment assoupli et dilaté, en sorte que je pus opérer la délivrance par la version, vu l'absence des contractions utérines. L'enfant était dans un état voisin de l'asphyxie, ce qui m'engagea après la section du cordon ombilical, à laisser écouler une certaine quantité de sang. Cette précaution suffit pour le rappeler à la vie. La mère fut facilement délivrée, le rétablissement fut long vu la grande faiblesse.

Constitution nerveuse, accouchement prématuré, contraction spasmodique du col de l'utérus, qui a cédé à l'emploi de la belladone. — Adélaïde Duranti devint enceinte, pour la première fois, à l'âge de 21 ans. Elle était grande, bien conformée, d'une complexion nerveuse. Vers le huitième mois de sa grossesse, elle fut prise de convulsions déterminées par un accès de colère. Les premiers symptômes de la parturition se manifestèrent immédiatement, les douleurs s'accrurent, la poche des eaux se rompit, et depuis plus de deux heures, le travail avait cessé lorsque je fus appelé : l'enfant présentait un bras sur lequel le col de l'utérus était contracté violemment, en sorte qu'il était impossible d'introduire la main dans la matrice. Comme chez la malade qui fait le sujet de la première observation, je pratiquai une saignée, et j'employai la pommade de belladone : à la quatrième friction, le col se trouva dilaté, en sorte que je pus opérer la version sans grande difficulté et extraire un enfant mort. La mère se rétablit promptement.

Ces deux observations confirment l'efficacité de la belladone dans les cas où l'accoucheur est empêché par la contraction spasmodique et la rigidité du col de l'utérus. Les observations suivantes en confirment également le succès dans les hernies étranglées.

Dans nombre de cas, l'étranglement des hernies n'est pas dû à l'étroitesse de l'anneau inguinal, mais à sa contraction spasmodique sur les parties herniées. Les bains ont par fois suffi pour le relâcher; souvent aussi, après de longues et infructueuses tentatives de réduction, on a dû recourir à l'opération pour sauver les jours du malade.

M. Guérin père, chirurgien-major de l'hôpital de Saint-André de Bordeaux, ayant pensé que les contractions de l'anneau inguinal pourraient céder à l'emploi des narcotiques, imagina l'introduction dans l'urètre d'une bougie enduite d'un mélange d'extrait gommeux d'opium et de jusquiame, de trois à quatre grains chaque qu'il laissa à demeure ; le résultat en fut la faiblesse du malade, des bâillemens, et peu après le relâchement de l'anneau, ce qui facilita la réduction des parties herniées. Dans des cas

(1) *Revue médicale*, mois de mai 1834, p. 329.

de hernie étranglée, compliqués de douleurs, j'ai employé la pommade de belladone, et le résultat en a été non seulement la cessation des douleurs, mais encore la dilatation de l'anneau et la rentrée facile de la hernie.

Hernie étranglée, contraction nerveuse de l'anneau, réduction facile après l'introduction dans l'urètre d'une bougie enduite d'extrait de belladone. — Au mois de mai 1825, je fus appelé pour le nommé Vivien, Jean-Baptiste, menuisier, qui, à la suite d'efforts pour lever un fardeau, se trouva atteint d'une hernie volumineuse inguinale gauche. Un homme de l'art en avait tenté la réduction sans y avoir pu parvenir ; la saignée et les bains n'ayant eu aucun résultat, je songeais déjà à pratiquer l'opération, lorsque je me rappelai le moyen indiqué par M. Guérin. Je plaçai dans l'urètre une bougie enduite d'extrait de belladone uni à partie égale de cérat, et à peine une demi-heure s'était écoulée, que je pus réduire la hernie, laquelle fut maintenue par un bandage : peu de jours après, le malade put reprendre ses occupations.

Hernie étranglée, vomissemens : violentes douleurs qui ont cédé à l'emploi de la pommade de belladone, réduction facile. — Un militaire portait depuis plusieurs années une hernie du côté gauche que maintenait un bandage. En franchissant un fossé, le ressort se rompit, la hernie augmenta et fut étranglée. En proie à de violentes douleurs, compliquées de vomissemens, il y avait environ 24 heures qu'il était dans cet état, lorsque je fus appelé. Je pratiquai sur le champ une saignée et fis placer le malade dans un bain sans aucun succès : la hernie ne pouvait être réduite, le taxis exaspérait les douleurs. Je songeai à appliquer la pommade de belladone en frictions sur la tumeur, que je recouvris ensuite d'un cataplasme. L'effet en fut prompt, une demi-heure ou trois quarts d'heure suffirent pour faire cesser les douleurs : elles étaient tellement diminuées que je tentai la réduction qui fut très facile. Je remarquai que l'anneau s'était très dilaté, ce que j'attribuai à la belladone.

Un armurier militaire eut une hernie étranglée après le malade qui fait le sujet de la précédente observation. N'ayant pu la réduire par les moyens ordinaires, je répétai l'emploi de la pommade de belladone avec un égal succès.

Rétrécissement spasmodique de l'urètre, rétention d'urine dissipée par les frictions avec l'extrait de belladone. — Souvent les rétentions d'urine reconnaissent pour cause les contractions spasmodiques de l'urètre et non des développemens organiques morbides. Les bains, les saignées générales et locales, les cataplasmes, ont par fois produit de bons effets, d'autres fois ils ont échoué. Dans un cas de ce genre, la pommade et les autres préparations de belladone ont réussi au delà de mes espérances.

M. Eugène Bellaye me fit appeler pour une rétention d'urine qui le faisait cruellement souffrir depuis 24 heures. La saignée et les bains n'eurent aucun effet avantageux. Je voulus le sonder, mais je ne pus faire pénétrer l'algalie que d'environ deux pouces : la contraction s'exerçait sur elle avec force. Comme le malade urinait facilement avant cet accident, je pensai que je n'avais affaire qu'à une contraction nerveuse et non à un rétrécissement : alors je frictionnai le gland avec la pommade de belladone, et j'introduisis sous le prépuce et j'appliquai sous le périné un cataplasme de mie de pain cuite dans une décoction de feuilles de cette plante, que j'arrosai de plus avec une solution de son extrait. Au bout d'une heure ou deux, il commença à uriner lentement, ce qu'il fit plus rapidement ensuite ; en sorte qu'à la troisième heure l'urine était complétement évacuée. Des bains et des boissons émollientes antispasmodiques complétèrent le traitement, et 48 heures après, le malade ne ressentait plus rien de cet accident : depuis lors il n'a éprouvé aucune récidive.

CARRÉ, D.-M.
chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Briançon.

VII. MALADIE DE LA BOUCHE. — ABCÈS, FISTULE ET CARIE CAUSÉES PAR UNE DISPOSITION VICIEUSE DE LA DENT CANINE SUPÉRIEURE DROITE.

Une dame, âgée de quarante ans, portait à la surface externe de l'os sus-maxillaire, vis-à-vis la dent canine droite, une tumeur de la grosseur d'une tête d'épingle ; cette petite tumeur avait à son centre une ouverture fistuleuse, qui, depuis long-temps, laissait écouler un liquide, dont les qualités étaient variables. Comme dans presque tous les cas semblables, l'extraction de la dent ou de sa racine termina heureusement l'affection locale, j'enlevai de suite et facilement le reste d'une dent de lait correspondante. Je dois faire observer que la canine et la petite incisive de ce côté, n'ayant jamais paru au dehors, on remarquait un interstice résultant de l'absence de ces organes.

Mon pronostic de prompte guérison ne se confirma pas ; un an après, je reconnus un foyer purulent assez considérable, occupant la partie latérale droite de la voûte palatine et s'étendant jusqu'aux gencives qui recouvrent les alvéoles de la petite molaire et de la canine : ce foyer, plus large vers la voûte du palais, s'allongeant sur le bord alvéolaire, avait un pouce de diamètre : lorsque la malade le pressait avec sa langue, le pus s'élançait par l'ouverture primitive.

Un chirurgien incisa la tumeur d'arrière en avant, plaça des bourdonnets de charpie, prescrivit des gargarismes, etc.

Cependant cette ouverture devint de plus en plus large et profonde ; une portion de la voûte palatine et du bord interne de l'alvéole s'exfolia. Consulté de nouveau, j'introduisis un stylet, et je reconnus la présence d'une dent insolitement placée. Pour en faciliter l'extraction, on dilata la plaie, au moyen de l'éponge préparée, et, à l'aide du *speculum oris*, je vis la dent canine logée dans une direction très oblique, à sept lignes de profondeur ; sa racine partait de la face postérieure de la grande incisive, et sa couronne était au fond de l'alvéole et plus haut que la racine de la première petite molaire. Après l'évulsion de cette dent, que je fis à l'instant même, je crus qu'avec une tige d'acier et le maillet je pourrais en chasser

la racine par l'ouverture pratiquée; je ne pus y réussir.

Ce fut alors que, monté sur une chaise, derrière la malade, ayant l'index de la main gauche dans l'ouverture de l'abcès, et tenant appuyé, dans la paume de la main droite, un instrument en forme de pied de biche, sans crochet, mais recourbé à angle droit, je poussai par une force suffisante la canine, qui, dans un mouvement d'abaissement, fut déplacée et tomba dans la tumeur, dont il fut aisé de la tirer. Cette dent très saine avait la dimension ordinaire.

En vain j'essayai de réunir la plaie par quelques points de suture entrecoupée. En quatre mois, et par les moyens les plus doux, la muqueuse s'est naturellement rapprochée, et maintenant la malade est délivrée d'une incommodité grave qui l'affligeait depuis plusieurs années.

Plusieurs cas de maladies de la bouche, à la suite d'une disposition vicieuse des dents, ont été rapportés par différens auteurs; toutefois, je ne connais aucun fait pareil à celui que je crois devoir publier. Déjà, cependant, dans ma pratique, j'ai rencontré un fait analogue. Alors les accidens étaient occasionés par le défaut d'éruption d'une dernière molaire, défaut suivi de l'exfoliation des bords interne et externe du sus-maxillaire. Après l'extraction de la dent, restée dans l'alvéole, la guérison a été prompte et complète.

DEMOLIÈRE, *chirurgien-dentiste.*

VIII. USAGE DE L'EAU ALBUMINEUSE DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE.

Au mois de décembre 1833, je fus consulté par un cultivateur, âgé d'environ quarante-cinq ans, qui, dans le courant de septembre précédent, avait été attaqué de la dysenterie; il ne s'était soumis à aucun traitement; seulement, il avait bu abondamment de l'eau de riz, boisson banale des dysentériques, et du vin rouge. Après quinze jours d'acuité, la dysenterie suivit une marche chronique. La fièvre disparut; l'appétit augmenta graduellement; les selles devinrent plus rares, mais toujours sanguinolentes et avec ténesme; les douleurs abdominales moins fréquentes, plus supportables; les forces semblèrent renaître, au point que le malade put se livrer à quelques légers travaux.

Cette apparence d'amélioration fut de courte durée. Lorsque je le vis, pour la première fois, le 10 décembre, la fièvre s'était de nouveau manifestée, surtout vers le soir; les forces, l'embonpoint disparaissaient de nouveau, malgré l'appétit vorace du malade, auquel il ne se livrait qu'avec crainte, s'apercevant que ses coliques étaient en raison directe de la quantité des alimens ingérés; les parois abdominales semblaient rétractées; le teint d'un jaune grisâtre; le malade se voyait contraint à garder le lit une grande partie du jour.

Le pronostic ne pouvait être que défavorable. Je conseillai au malade de se soumettre à une diète sévère; lui permettant seulement, de prendre trois fois par jour, un blanc d'œuf, battu dans un verre d'eau sucrée, boisson alimentaire, que depuis un grand nombre d'années, je permets à quelques malades, lorsque je crois pouvoir employer une alimentation légère, et qu'ils ne peuvent en supporter une plus abondante.

Je revis cet homme le 13 décembre; son état me sembla beaucoup plus rassurant. Plus d'épreintes, plus de ténesmes; aucune trace de sang dans ses selles qui étaient purement diarrhéiques; peu de coliques. Je le félicitai sur l'heureux résultat de la diète, lorsqu'il m'avoua, qu'au lieu de trois blancs d'œufs, que je lui avais conseillés, il en avait pris huit chaque jour, parce qu'il s'était trouvé mieux après les premiers. Je ne pus que l'engager à continuer. Quelques jours après, la convalescence était confirmée et ne s'est point démentie.

Surpris d'une amélioration si rapide et si inattendue, je me demandai, si elle n'était due qu'au régime diététique? si les blancs d'œufs y avaient contribué pour quelque chose? si enfin, ils n'en étaient pas la cause principale? La dysenterie ayant disparu, il ne m'était pas possible de trouver la solution de ces questions. Néanmoins les avantages que plusieurs médecins recommandables ont déclaré avoir obtenu de l'eau albumineuse, dans la cholérine, m'inspiraient de la confiance en faveur de son usage dans la dysenterie. D'ailleurs, dans le courant de l'été dernier, j'eus à traiter quelques diarrhées, soit aiguës, soit chroniques, je les combattis avec l'eau albumineuse, et je le fis avec succès.

Enfin, vers la fin de septembre, la dysenterie reparut dans nos environs. Depuis cette époque, jusqu'à la fin de l'épidémie, j'ai donné mes soins à un très grand nombre de dysentériques: l'eau albumineuse a formé la base de mon traitement, et je n'ai eu à déplorer aucun insuccès. Le mode de préparation le plus simple et surtout le plus à la portée des habitans des campagnes, est le suivant:

J'introduis dans une bouteille de litre cinq à six blancs d'œufs, avec une once et demie de sucre en poudre; je remplis la bouteille d'eau jusqu'au cou; j'ajoute un peu de plomb de chasse lavé, pour faciliter le mélange, qui est exact après quelques instans d'agitation.

Dans la plupart des cas, cette boisson alimentaire suffit pour dissiper, dans l'espace de trois à six jours, les accidens, lorsque la maladie ne fait que commencer. Quand l'irritation est très violente, elle peut être rejetée par le vomissement: alors, j'ajoute à ce mélange une à deux cuillerées de sirop d'acétate de morphine (formule de Magendie), ou quelques gouttes de laudanum liquide de Sydenham. Sitôt que les symptômes d'une trop vive irritation ont cédé, je supprime les opiacés, et l'eau albumineuse est administrée seule. Six à huit blancs d'œufs dans vingt-quatre heures, préparés dans les proportions ci-dessus, forment l'unique aliment et l'unique boisson des malades. J'interdis toute espèce de bouillon.

Pour rendre cette boisson plus agréable, on peut l'aromatiser avec un peu d'eau de fleurs d'oranger, d'eau de canelle, d'eau de menthe, etc. Souvent je fais administrer conjointement trois à quatre lavemens dans les vingt-

quatre heures, composés chacun d'un blanc d'œuf, également battu dans l'eau.

La durée ordinaire du traitement est de cinq à neuf jours. Il peut se prolonger davantage, si on y a eu recours trop tard. Je ne prétends pas qu'il ne puisse se rencontrer quelques cas de dysenterie, qui ne résiste à cette médication; mais je suis convaincu que ces cas seront rares, si on n'attend pas que la désorganisation soit trop avancée.

On m'objectera sans doute qu'en proposant l'eau albumineuse, comme spécifique de la dysenterie, je ne fais aucune distinction des espèces. Je répondrai qu'ayant observé cette maladie, à la suite des armées, où je l'ai contractée moi-même dans les premières années de la révolution, et depuis plus de trente-cinq ans dans ma pratique civile, pendant la durée desquelles il s'est passé peu d'automnes, où je ne l'aie vue régner dans quelques unes des communes du canton que j'habite; son invasion m'a toujours paru dépourvue de toute complication. Je n'y ai jamais pu reconnaître qu'une phlegmasie intestinale *sui generis*, accompagnée d'une fièvre symptomatique. Surviennent ensuite les diverses complications, mais seulement après que la maladie a duré plus ou moins long-temps, et surtout lorsqu'elle a été exaspérée par des erreurs de régime, ou un traitement inopportun.

Un seul cas me semble faire exception à cette règle générale : c'est lorsque la dysenterie survient à la suite d'une autre maladie, ce qui a lieu assez fréquemment dans les armées, dans les hôpitaux, soit par contagion, soit par influence épidémique. Elle revêt alors les livrées de la maladie primitive, qui entraîne nécessairement une modification dans les procédés curatifs.

Je ne rapporterai qu'une seule observation; mais elle me semble très curieuse, en ce qu'elle démontre l'efficacité de l'eau albumineuse, non seulement contre les dysenteries avancées, mais même contre l'une des complications les plus graves de cette maladie.

La femme Serpin, âgée de cinquante-huit ans, commune de Beaumont-la-Chartre, a été prise de la dysenterie, le 12 octobre dernier. La maladie a été abandonnée à elle-même : l'eau de riz, le vin rouge ont été seuls employés pour la combattre. Enfin, le 26 octobre, les urines se sont presque supprimées; les membres se sont infiltrés.

La malade, effrayée de ces accidens, m'a fait appeler le 1er novembre. Voici l'état où je l'ai trouvée : anasarque générale; ventre très volumineux, avec fluctuation sensible; anxiété extrême; oppression; difficulté de respirer; douleurs abdominales continuelles; selles un peu moins fréquentes qu'au commencement de la maladie, mais toujours sanguinolentes, et rendues très douloureusement; de temps en temps quelques accès de hoquet; urines ne coulant que goutte à goutte; ténesme vésical. L'algalie introduite n'a rapporté qu'une quantité d'urine insignifiante.

Je ne pouvais prévoir qu'une terminaison prompte et funeste. Néanmoins, je prescrivis l'eau albumineuse, quatre lavemens de même nature par jour. Je fis supprimer toute autre boisson, ainsi que les alimens, dont on avait toujours continué de gorger la malade. La nuit suivante, l'oppression augmenta : il y eut plusieurs menaces de suffocation. Vers le matin, les accidens diminuèrent, les évacuations purement diarrhéiques étaient rendues sans colique.

Jusqu'au 4 novembre, le malade prit chaque jour un litre et demi d'eau albumineuse. A cette époque, il n'existait plus qu'une diarrhée peu fréquente; les urines coulaient sans douleurs, en proportion des boissons; les bras étaient revenus à leur volume naturel; les jambes et les cuisses un peu moins infiltrées; l'abdomen présentait peu de changement (continuation des mêmes moyens).

Le 10, la diarrhée a complétement disparu; les urines coulent avec abondance; les jambes et les cuisses sont totalement désenflées; l'abdomen est souple et beaucoup moins volumineux. Prescription : quatre verres d'eau albumineuse par jour, deux potages légers. Le 15, la malade se lève seule; elle a cessé l'eau albumineuse. Il n'y a plus aucune trace de l'ascite ni de l'anasarque.

Dans les mêmes localités, où régnait la dysenterie, quelques dothinentéries se sont manifestées. J'ai combattu plusieurs fois la diarrhée, qui, souvent, est un des symptômes les plus alarmans de cette maladie, avec l'eau albumineuse la diarrhée a cédé; et il m'a semblé que ce moyen avait une influence salutaire sur la marche de la maladie. Mais, là-dessus, je n'ai que quelques données : mes observations ne sont point assez nombreuses.

Ne pourrait-on pas trouver, dans l'eau albumineuse, un puissant auxiliaire contre les maladies si nombreuses, où le canal digestif est le siége d'une vive irritation?

BODIN DE LA PICHONNERIE.
D.-M. P. à la Chartre-sur-le-Loir.

IX. OBLITÉRATION DU MEAT URINAIRE ET DU COL DE LA VESSIE; ISCHURIE COMPLÈTE CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ; GUÉRISON.

Madame L....., que j'ai accouchée le 1er décembre 1834, a donné le jour à un enfant du sexe masculin, présentant un phénomène, qui, en raison de sa complication, m'a paru digne de remarque.

L'enfant, dont il s'agit, venu un peu avant terme, est toutefois bien proportionné; mais il offre un vice de conformation très curieux des parties génitales : la couronne du gland est adhérente à la portion correspondante et moyenne du prépuce; celui-ci entièrement relevé, laisse le gland à découvert, ce qui donne à la verge l'apparence d'un membre circoncis. Le dessous du pénis, depuis son extrémité jusqu'au scrotum, est rétracté, comme s'il était le siége de la cicatrice d'une brûlure au troisième degré; par cette disposition, la verge se trouve contournée sur elle-même, d'arrière en avant, et de haut en bas, de telle sorte, que son extrémité regarde le scrotum.

Après avoir examiné avec soin les parties de l'enfant, je reconnus qu'une membrane, légè-

rement résistante, oblitérait le méat urinaire. N'ayant pas sur moi ma trousse, je pris une épingle moyenne à la tête ronde et polie, et avec cette partie mousse, je rompis, par une simple compression, la membrane obstruée. Je pénétrai ensuite dans le canal de toute la longueur de mon instrument; mais je remarquai, avec surprise, que dans un espace de plusieurs lignes et dans la portion qui répond à la fosse naviculaire, l'urètre était tellement mince, qu'il paraissait formé par la seule membrane muqueuse du canal, et qu'à travers ses parois je distinguais l'épingle, comme si elle eût été placée derrière une pelure d'oignon. Il s'en fallait donc de peu de chose, que l'enfant ne fût hypospade de la première espèce.

Rentré chez moi, je réfléchis à ce fait, et, considérant que, non seulement la petite membrane que je venais de détruire, n'était pas auparavant, comme dans les cas ordinaires, distendue par l'urine, mais que pas une goutte de ce liquide ne s'était écoulée après sa rupture; je pensai qu'il y avait peut-être un autre obstacle plus considérable vers le col de la vessie, ce qui pouvait rendre le cas très grave. Je fis de suite un petit cathéter, avec un fil métallique, d'un diamètre convenable, et le lendemain, à mon lever, je me rendis auprès de l'enfant. Les parens, très inquiets, m'apprirent qu'il s'était beaucoup tourmenté pendant toute la nuit; je lui trouvai, en effet, le pouls fréquent et serré, la peau brûlante, et depuis quatorze heures qu'il était né, il n'avait pas encore uriné.

Je le fis immédiatement coucher sur les genoux de la garde; je le fis écarter et maintenir les cuisses; puis, saisissant la verge entre l'annulaire et le médius, je la tendis fortement, afin d'effacer, autant que possible, son vice de conformation. J'introduisis alors le cathéter, préalablement huilé, en observant rigoureusement les préceptes de l'art. Cet instrument, dont j'avais eu soin de constater la longueur, pénétra jusque sur le col de la vessie, et là, il s'arrêta net. Je le tournai vainement dans tous les sens; il me fut impossible de le faire cheminer une ligne de plus. L'ayant retiré et huilé de nouveau, je le réintroduisis en redoublant de précautions. N'ayant pu obtenir un meilleur résultat, mais persuadé que la résistance que j'éprouvais était bien réellement due à un obstacle anormal, je n'hésitai pas à pousser avec force le cathéter, et après une opposition très sensible, j'arrivai brusquement dans la vessie. Je retirai vivement le cathéter, l'urine alors sortit en abondance, et avec une telle vigueur, qu'elle jaillait par regorgement, à plusieurs pieds de distance. La vessie acheva immédiatement de se vider d'elle-même en totalité. Il n'y eut ensuite aucune nécessité de recourir à un nouveau cathétérisme, où à l'emploi des bougies, car l'enfant, depuis ce moment, n'a cessé d'uriner à plein canal.

Quelle était la nature de ce deuxième obstacle? Il est, je crois, bien positif, qu'il n'y avait là, ni inflammation de la muqueuse urétrale, ni gonflement de la prostate, ni constriction spasmodique du col de la vessie, etc. Dans ces différens cas, le cathéter, avec un peu plus de difficulté seulement, eût pénétré dans la vessie, mais on ne fût parvenu à vider de suite l'organe, qu'à l'aide d'une sonde creuse. Il eût fallu traiter et guérir la cause de la retention; mais, en attendant l'issue de la maladie, vider souvent la vessie au moyen de la sonde. Ici, rien de tout cela:

1° Ischurie complète; 2° impossibilité de pénétrer dans la vessie; 3° destruction de l'obstacle; 4° enfin, sortie libre de l'urine sans récidive de retention.

Je crois qu'on peut conclure de là, qu'une membrane analogue à celle qui oblitérait l'orifice de l'urètre, mais beaucoup plus résistante, existait également à l'autre extrémité du canal.

L'enfant qui, dans ce moment, a environ quatre mois, vient très bien, et malgré le vice de conformation de ses parties, urine toujours librement.

A l'égard de l'oblitération du col de la vessie, vice congénial qui se rencontre rarement, mais dont l'étendue à une portion trop considérable de l'urètre voue les enfans à une mort presque certaine, si l'observation que je rapporte ici mérite assez l'attention des praticiens, pour que, dans des circonstances analogues, en suivant la même marche, il devienne parfois possible d'éviter la ponction sus-pubienne ou autre opération de ce genre, je m'applaudirai de l'avoir fait connaître.

GOURDON, D.-M.

A MM. les Rédacteurs du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Monsieur,

Vous avez inséré dans votre numéro du mois de février dernier, une observation de M. Halma-Grand, relative à une présentation de la face au détroit supérieur, pour laquelle on a pratiqué l'opération césarienne.

Il me semble que le travail de M. Halma-Grand, et les réflexions dont il l'a accompagné, doivent inévitablement conduire le lecteur aux conclusions suivantes, savoir: que les présentations de la face peuvent résulter de l'obliquité de l'utérus, que du moins il en avait été ainsi chez le sujet de l'observation de M. Halma-Grand, que ces présentations, bien qu'elles admettent dans quelques circonstances la possibilité d'un accouchement spontané, n'en doivent pas moins être considérées comme des accidens fâcheux et qui réclament l'intervention de l'art; que dans ces cas l'accoucheur doit choisir entre deux moyens, dont l'un consiste à ramener le sommet de la tête au détroit supérieur, et l'autre à retourner l'enfant afin de l'extraire par les pieds; qu'enfin, si le détroit supérieur est vicié au degré où il l'était chez le sujet de l'observation que vous avez publiée, la version est préférable à tout autre moyen. Ce sont là, si je ne me trompe, les conséquences que M. Halma-Grand a tirées de son observation; ce sont dans tous les cas celles que vos lecteurs ne sauraient manquer d'en déduire.

Ce sujet m'a paru trop grave, et les conclusions qui précèdent m'ont semblé trop peu d'accord avec les principes que les accoucheurs les plus expérimentés s'efforcent avec raison de faire

prévaloir aujourd'hui; trop opposées aux idées que j'entends professer chaque jour à la clinique d'accouchement de la Faculté, et s'il m'est permis de dire toute ma pensée, trop dangereuses enfin pour que je n'aie pas espéré que vous voudriez bien accueillir, je ne dirai pas une critique ou une réfutation du travail de M. Halma-Grand, mais seulement une opinion qui diffère de la sienne et qui me paraît beaucoup mieux sanctionnée par le raisonnement et l'observation.

L'obliquité utérine a été long-temps regardée comme la principale cause des présentations de la face, lesquelles n'étaient considérées alors que comme des déviations des présentations du sommet; dans cette hypothèse, le front venait s'appuyer ou était poussé sur la partie la plus déclive de la fosse iliaque, et les contractions utérines renversaient la tête sur la région cervicale postérieure de l'enfant, au lieu de lui imprimer le mouvement de flexion qu'on observe lorsque le sommet se présente au détroit supérieur.

Sans vouloir contester absolument l'influence des inclinaisons très prononcées de l'utérus sur la production des présentations de la face, je ferai cependant remarquer que cette influence a été à peine démontrée, que Boër et Mme Lachapelle ont fait voir combien la coïncidence de ces deux états est rare, qu'enfin l'obliquité utérine, même portée à un haut degré, se montre fréquemment sans qu'il y ait pour cela présentation de la face.

Mme Lachapelle assure que la face peut se présenter déjà en plein au détroit supérieur, à la fin de la grossesse, avant que le travail soit commencé. Deux fois elle a eu occasion de constater ce fait sur le cadavre de femmes enceintes.

Dans le nouveau *Dictionnaire de médecine* en vingt-cinq volumes, M. Paul Dubois cite quatre-vingt-cinq cas de présentations de la face observés à l'hospice de la Maternité. Dans ce nombre, quarante-neuf fois la présentation de la face avait été clairement reconnue et annoncée avant la rupture des membranes, et dix-neuf fois immédiatement après cette rupture, et dans tous ces cas avant que les contractions utérines eussent pu s'exercer assez immédiatement sur le fœtus pour influer sur la situation particulière de l'extrémité céphalique; d'une autre part, on n'observa que trois fois une obliquité utérine bien prononcée; ainsi, dans les quatre-vingt-un autres cas, ce n'est pas à l'obliquité utérine qu'on pouvait attribuer la présentation de la face.

Un rétrécissement du bassin peut-il, en ajoutant son influence à celle d'une obliquité utérine, rendre plus certain le renversement de la tête fœtale en arrière? Cette action ne me paraît pas plus admissible que celle de l'obliquité seule. Comme les argumens que je pourrais produire à l'appui de mon opinion seraient purement théoriques, comme d'un autre côté la solution de cette question même n'a pas une très grande importance pratique, je bornerai là mes réflexions sur ce point.

Les présentations de la face ont été long-temps rangées par tous les accoucheurs français, sans exception, parmi les causes d'accouchement contre nature, par conséquent regardées comme réclamant les secours de l'art. Depuis long-temps, toutefois, les professeurs Boër et Naegele, en Allemagne, s'étaient efforcés de démontrer l'erreur et le danger de cette opinion. En 1821, Mme Lachapelle répandit en France, sans les avoir empruntées à personne, les idées des accoucheurs allemands. L'opinion de cette sage-femme célèbre était fondée sur une longue expérience et sur l'observation de faits nombreux, puisque dans soixante-douze cas cités par elle, quarante-deux fois l'accouchement s'était terminé sans secours. Depuis ce temps, des observations beaucoup plus nombreuses et plus concluantes ont été publiées et sont venues confirmer les préceptes qu'elle avait donnés. A ces faits déjà connus, j'ajouterai des résultats inédits encore et qui me semblent de nature à dissiper tous les doutes s'il pouvait en rester dans quelques esprits non prévenus et non engagés par les habitudes d'un long enseignement.

Sur les quatre-vingt-cinq cas de présentation de la face, que M. Paul Dubois n'a fait qu'indiquer pour éclairer une autre question, et dont j'ai précédemment parlé, les secours de l'art ont été huit fois seulement jugés nécessaires; deux fois, parce que la procidence d'un bras compliquait la présentation; une fois, parce que le bassin était mal conformé; et, dans ce cas, des applications infructueuses du forceps avaient été faites, et les crochets plusieurs fois employés, avant que la femme eût été transportée à l'hospice. Cinq fois enfin on crut devoir hâter la terminaison de l'accouchement qui semblait être retardé par la résistance extrême des parties molles. Soixante-trois enfans naquirent vivans et forts; dix naquirent faibles, mais furent ranimés et vécurent; sept étaient morts ou assez faibles pour avoir succombé quelques instans après leur naissance; trois étaient morts et les traces de putréfaction qu'ils offraient ne permettaient pas de douter qu'ils eussent cessé de vivre quelques jours au moins avant le travail.

Si ces résultats sont plus favorables encore que ceux de Mme Lachapelle elle-même, à l'opinion qu'elle défendait, bien qu'ils soient empruntés à l'expérience de la même école, c'est qu'à l'époque où Mme Lachapelle observait, l'autorité imposante de Baudelocque y dominait encore, et que les craintes exprimées par lui relativement aux présentations de la face, ont dû plus d'une fois sans doute déterminer l'intervention de l'art, avant qu'elle fût bien réellement nécessaire.

Il y a bien long-temps, sans doute, que l'opinion qui trouve encore un appui dans l'observation que vous avez publiée, aurait perdu tous ses défenseurs, si le précepte de changer la situation du fœtus quand il se présente par la face, n'avait empêché d'étudier le mécanisme de l'accouchement spontané dans ces cas, et d'apprécier les ressources de la nature.

Je n'abandonnerai pas cette partie de la discussion sans convenir, que presque aussi favorables pour la mère que les présentations du sommet, celles de la face ne le sont pas de même pour l'enfant. Quand l'accouchement se prolonge, et que les parties de la mère ont une grande rigidité, la compression des vaisseaux du col du fœtus, et la congestion cérébrale qui en résulte, exposent quelquefois sa vie sans aucun doute; mais la version

par les pieds, proposée pour obvier à ce danger possible, lui offre-t-elle des chances plus heureuses ? Non seulement je ne le pense pas, mais je suis même convaincu du contraire.

Il est vrai, que comme moyen plus doux et plus rationnel peut-être, on a proposé de ramener le sommet de la tête fœtale à l'orifice utérin et au détroit supérieur, mais d'abord cette manœuvre n'est exécutable qu'autant que l'extrémité céphalique du fœtus est mobile et peut être facilement déplacée; cette remarque très juste n'a pas échappé à l'auteur de l'observation que vous avez publiée, j'ajouterai que cette manœuvre est souvent impossible, encore même dans les cas qui sembleraient devoir s'y prêter le mieux. L'écoulement abondant des eaux de l'amnios, à l'instant où la main, déplaçant la tête, pénètre dans la cavité utérine, et la rétraction souvent très rapide et très énergique de l'organe, produisent des difficultés insurmontables et que l'on n'avait pas prévues. Les faits à l'appui de cette assertion ne me manqueraient pas s'il était nécessaire d'en citer, et je pourrais les prendre dans la pratique même des hommes les plus exercés aux manœuvres obstétricales. Ainsi, le précepte de ramener le sommet de la tête au détroit supérieur dans les présentations de la face est souvent inapplicable. Objecterat-on que ces difficultés possibles ne sauraient détourner de faire quelques essais de réduction, car s'ils sont infructueux, ils n'offrent du moins aucun danger ? Cette objection renfermerait une grave erreur ; il n'est pas indifférent, en effet, d'avoir introduit la main dans la cavité utérine, d'avoir exercé des efforts sur la tête fœtale, de ne l'avoir déplacé qu'en partie, et d'avoir couru les chances de lui donner une position moins favorable que celle qu'elle avait, d'avoir provoqué l'évacuation brusque d'une grande quantité de liquide amniotique, d'avoir, par cela même enfin, exposè le fœtus à la compression immédiate des parois utérines. Toutes ces chances de dangers sont bien moins indifférentes encore quand on pense qu'elles sont à peine compensées par l'espérance d'un avantage réel.

Si l'intervention de l'art ne me paraît pas nécessaire dans les présentations de la face, ni par le redressement de la tête fœtale, ni par la version sur les pieds, ni par l'application du forceps, toutes les fois du moins qu'aucun accident ni aucun obstacle sérieux ne s'opposent à la terminaison spontanée et heureuse de l'accouchement, cette intervention est-elle également inutile, lorsque le bassin est mal conformé? Je ne le pense pas. Et pour m'en tenir à un cas en particulier, quelle conduite conviendrait-il d'adopter auprès d'une femme, dont le vice de conformation du bassin serait assez peu prononcé pour qu'un enfant à terme et bien conformé l'eût précédemment traversé en s'y présentant par l'extrémité pelvienne ? Il me semble que si le précepte de ramener le sommet de la tête au détroit supérieur est jamais applicable, et s'il est jamais permis de faire tous les efforts pour réussir à l'exécuter, c'est dans le cas que je viens de supposer, et que si ces tentatives sont infructueuses, l'application du forceps doit être tentée plus tard, quand l'insuffisance des efforts naturels a été reconnue.

Cette doctrine, exposée par M. Paul Dubois, dans sa thèse de concours, et dont je regrette de ne pouvoir faire ressortir les avantages, parce qu'il faudrait donner à cette note une trop grande extension, me paraît préférable à celle qui veut que dans un cas semblable on ait recours à la version sur les pieds. Ne voit-on pas en effet que les contractions utérines seront un agent bien plus puissant, bien plus efficace et moins offensif que les tractions sur le tronc artificiellement amené hors des parties génitales ; qu'il y a bien des motifs pour penser que les premières, exercées pendant des heures entières sans danger, parviendront plus sûrement à engager dans l'excavation la tête fœtale, se présentant même par la face, qu'il n'y a de motifs d'attendre un pareil résultat, opérer des tractions qui ne seront fructueuses qu'à ces deux et presque incompatibles conditions d'être assez modérées pour respecter la vie du fœtus, et cependant assez fortes pour vaincre les résistances et faire disparaître les disproportions dans l'espace de quelques minutes au plus.

La conduite que je conseille me semble donc seule convenable. Le raisonnement sur lequel elle s'appuie me paraît si rigoureux ; elle est tellement fondée sur l'expérience, que si des faits qui lui seraient contraires étaient allégués, je croirais que ces faits ont été mal observés ou qu'ils ont reçu une fausse interprétation.

Que si on me disait, par exemple, que chez une femme en travail pour la première fois, un enfant qui présentait la face a été sans difficultés retourné et extrait par les pieds; que cette femme, étant une seconde fois en travail, et son enfant se présentant par la face, cet enfant bien conformé n'a pu naître ni après l'action violente et prolongée des contractions utérines, ni après l'application réitérée du forceps, faite par des hommes habiles, ni après la perforation du crâne et l'application des crochets, et qu'on a été réduit à la cruelle nécessité d'une opération césarienne, je serais bien loin de voir dans ce fait une objection de quelque valeur à la doctrine que j'ai proposée, et de regarder comme admissible la conclusion que si la version de l'enfant sur les pieds avait été pratiquée dans le second accouchement, elle aurait eu le même résultat que dans le premier.

Dans un cas semblable, je n'hésiterais pas à prononcer que dans l'intervalle d'un accouchement à l'autre, la conformation du bassin, déjà altérée, s'était altérée davantage ; que les conditions du premier accouchement n'étaient plus celles du second, et que si la version de l'enfant eût été faite dans celui-ci comme dans le premier, on n'aurait pas subi sans doute les chances malheureuses qui se sont présentées, mais on aurait eu a combattre des difficultés d'un autre genre, lesquelles moins graves peut-être pour la mère, n'en auraient pas été moins funestes à l'enfant ; en un mot, la présentation de la face, dans le cas que je suppose, n'aurait dû être considérée que comme une circonstance accessoire, le retrécissement du bassin comme la cause essentielle des difficultés, et la seule qui dût régler les déterminations de l'accoucheur.

La thèse de concours, dont j'ai parlé précédemment, renferme quelques faits qui peuvent

expliquer ma pensée, et il est malheureux que ces faits, signalés par M. P. Dubois à l'attention des accoucheurs, ne soient pas assez connus.

Telles sont les réflexions, que l'observation, insérée dans votre numéro de février dernier, m'a suggérée. Je ne puis terminer, sans dire qu'elles sont tout à la fois le fruit de mes lectures, et surtout celui des leçons que j'ai entendues à la clinique d'accouchement de la Faculté, car je me suis plu à reproduire, dans cette lettre, quelques unes des opinions que M. P. Dubois professe, avec le plus d'ardeur, et au triomphe desquelles il attache le plus de prix.

PRESTAT,
Élève interne à la clinique d'accouchement.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

A l'avenir, et à partir de ce mois, nous rendrons compte de toutes les thèses remarquables qui seront soutenues devant la Faculté de médecine de Paris. Tantôt nous en ferons de simples analyses, tantôt des extraits, et enfin, nous les insérerons tout entières, lorsqu'elles offriront un grand intérêt-pratique.

DE QUELQUES VICES CONGÉNIAUX DE CONFORMATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU TUBE DIGESTIF, ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER. (*Thèse soutenue le 5 avril* 1835.)

Il n'est pas rare de voir des enfans venir au monde avec une imperforation de l'extrémité inférieure du tube digestif. Cette imperfection, nommée atrétisme congénial de l'anus, est, sans contredit, une des plus dangereuses affections du jeune âge, l'art ne pouvant souvent en sauver qu'un petit nombre. Mais par quel mécanisme a lieu la formation de ce vice organique? C'est ce que l'anatomie pathologique n'a pas encore parfaitement démontré; et comme il serait très long de reproduire dans ce court aperçu les nombreuses opinions émises, je crois devoir passer sous silence toute cette partie du sujet, et dire seulement que ce vice peut être rangé dans la classe de ceux par défaut, et qu'il est très probablement dû à un arrêt de développement.

Précis historique. — Connu de toute antiquité et signalé nombre de fois dans les auteurs, l'atrétisme congénial de l'organe défécateur a toujours été regardé comme une affection fâcheuse, et les secours que nos anciens maîtres administraient en pareille occurrence se bornaient aux suivans. Lorsque l'intestin était près des tégumens et l'anus bouché par une membrane, tous ont indiqué la perforation périnéale, qui a même été pratiquée avec succès. Lorsque l'obstacle était épais et que le rectum manquait, personne n'osa créer une ouverture pour l'issue du méconium. Il suffit de parcourir les annales de la science pour voir que la chirurgie est dans ce cas restée bien long-temps inactive, ou que du moins rien ne nous a conservé la tradition des secours qu'elle a pu donner. Ce n'est même qu'en 1720, qu'un célèbre anatomiste, *Littre*, conçut et indiqua un projet vague et hardi d'opération pour les secourir; mais ce projet, mis à exécution par M. *Dubois* père, seulement en 1783, échoua dans les mains de ce praticien habile, envers lequel on doit être reconnaissant de cet effort de courage, et ne réussit pour la première fois qu'en 1793. C'est M. *Duret* qui, également doué d'un rare talent et d'une hardiesse plus heureuse encore, exécuta ce qu'on n'avait qu'imaginé avant lui, et fournit pendant long-temps le premier et unique exemple de réussite en ce genre. Si *Desault*, en 1794, *Ouvrard*, d'Angers, en 1820, un célèbre chirurgien, M. *Roux*, enfin plusieurs autres encore n'ont pas été heureux, cela a tenu probablement à plusieurs circonstances. Du reste, quelques cas de réussite obtenus à Brest et ailleurs sont venus contre-balancer ces insuccès.

Pronostic. — L'imperforation du tube digestif a une terminaison presque toujours funeste, si l'art ne remédie promptement aux accidens par une ouverture artificielle; cependant, on trouve quelque cas curieux dans lesquels il est dit que des malades offrant une occlusion complète des voies intestinales, ont pu vivre à la manière des zoophytes, en rendant par la bouche, ouverture unique de leur tube digestif, le résidu excrémentitiel de leur digestion. Toujours est-il qu'ils sont très rares, et qu'on doit les regarder comme des contraventions aux lois de la nature, comme des exceptions à une règle. Une des plus intéressantes observations en ce genre est, sans contredit, celle rapportée dans le *Dict. des sc. méd.*, pag. 155, tom IV. C'est une jeune fille de quatorze ans, n'ayant ni parties génitales ni anus, et n'en présentant même aucun vestige, cependant mangeant bien, dormant bien et jouissant d'une excellente santé. Tous les jours, après une douleur profonde à l'ombilic, elle vomissait des matières stercorales; dès lors, les douleurs cessaient, la bouche était lavée, et l'odeur désagréable disparaissait. Les urines s'écoulaient par les mamelles.

Symptômes généraux. — De quelque manière que soit imperforé l'anus, lorsqu'il n'y a point une ouverture contre nature pour la sortie des matières, les symptômes sont les mêmes. Immédiatement après la naissance, ils sont nuls ou tellement obscurs, que l'enfant paraît bien se porter; il prend le sein, il boit; et si l'anus n'est pas examiné, il est impossible de se douter du vice de conformation. Seulement, au bout de quelques heures, le jeune malade, par des cris d'abord simples, puis ensuite plaintifs, accusera le malaise qu'il éprouve, et que cause la rétention du méconium; il s'agitera continuellement, fera des efforts inutiles pour expulser les matières fécales, qui, s'accumulant peu à peu dans l'intestin, l'irriteront, le distendront en augmentant graduellement les douleurs. Bientôt, par suite des efforts répétés pour cette expulsion, les yeux deviendront saillans; la face, rouge, violacée, se décomposera, portera l'empreinte de la souffrance, d'une altération profonde; les veines du cou se gonfleront; la respiration sera gênée, pénible; la peau rou-

gira sensiblement, surtout à la région ventrale; bientôt elle se foncera, présentera une teinte brune plombée. Si le sujet prend le mamelon, il n'aura pas la force de sucer; le ventre, tuméfié, deviendra dur et douloureux; des vomissemens, le hoquet, des mouvemens convulsifs surviendront; d'accéléré, de fort, le pouls deviendra petit, concentré, abdominal; les extrémités se refroidiront, et ensuite tout le corps: alors, tous les symptômes exaspérés se présenteront dans toute leur intensité, et ordinairement, dans l'espace du premier au sixième jour, cette scène de souffrance se terminera par la mort.

Symptômes locaux. — Mon intention n'étant pas d'examiner toutes les nombreuses variétés sous lesquelles ce vice peut se présenter, je me bornerai aux suivantes, dont je tracerai en même temps les symptômes locaux.

Première variété. *Imperforation membraneuse simple; le rectum près des tégumens.* — Il y a dans ce cas prolongement simple de la peau qui ferme l'anus; le plancher forme souvent un petit tubercule, fait une légère saillie, différente de la peau environnante par la couleur plus ou moins foncée que lui imprime le méconium accumulé à sa face interne. Par la pression on sent de la fluctuation; quelquefois on observe aussi, mais plus rarement, une légère dépression à l'endroit que doit occuper l'anus.

Deuxième variété. *Imperforation musculo-cellulaire épaisse, et absence partielle du rectum plus ou moins éloigné des tégumens.* — Il n'y a dans ce cas aucune trace d'anus; le plancher obturant est assez épais pour empêcher de reconnaître la situation de l'intestin, soit par la couleur que lui imprime le méconium, soit par la fluctuation. En disséquant, on trouve qu'il y a un tissu musculo-cellulaire dense entre la terminaison du rectum et l'orifice anal.

Troisième variété. *Imperforation musculo-cellulaire très épaisse, et absence totale du rectum.* — Même apparence extérieure que dans le cas précédent. En disséquant, on trouve ou que le sphincter existe en entier, ou qu'il est quelquefois peu prononcé et se perdant dans le tissu cellulaire, avec lequel il est confondu, ou enfin qu'il manque en entier. Il y a aussi absence totale du rectum, et le colon se termine brusquement en cul-de-sac. Immédiatement au dessous de cette extrémité borgne, on n'en rencontre aucun vestige, et la place qu'il doit occuper est remplie par du tissu cellulaire. Souvent, au lieu de s'arrêter brusquement en cul-de-sac, l'intestin se termine en une espèce de corde solide et comme ligamenteuse, qui ne vient pas aboutir aux tégumens, mais bien ou à la vessie ou à l'utérus.

Quatrième variété. *Imperforation très épaisse, et absence complète de tout le gros intestin.* — Les symptômes pour le plancher extérieur obturant sont les mêmes que dans le cas précédent; seulement le canal intestinal se termine plus haut. Dans ce cas, et lorsque les intestins grêles manquent, ainsi que MM. *Baudelocque* et *Voisin*, de Versailles, en ont cité des exemples, c'est une circonstance malheureuse qu'on ne peut prévoir ni reconnaître. L'observation suivante va donner une idée juste des espérances et des craintes que doit avoir le médecin dans une occurrence heureusement fort rare.

Le 16 août 1816, il fut apporté à mon père, à quatre heures du soir, un enfant mâle, né le 14 à cinq heures du matin, qui n'avait pas rendu de méconium et qui présentait tous les accidens communs à l'imperforation anale. L'anus, examiné avec soin, existait fort bien conformé, mais un peu rétréci; une sonde de gomme élastique, introduite dans le rectum, parvint à trois pouces, hauteur à laquelle elle fut arrêtée par un obstacle. L'exploration, continuée avec le petit doigt par M. *Duret* et mon père, n'indiqua rien de positif et les jeta même dans le doute le plus complet. Cependant ils présumèrent que le rectum était imperforé à une élévation que rien ne pouvait déterminer; en conséquence, eu égard à l'état alarmant du sujet, ils proposèrent l'établissement d'un anus artificiel. Cette proposition fut formellement rejetée par les parens, et ce jour-là, et le lendemain 17; enfin, le 18 à deux heures, l'enfant mourut.

Autopsie. — Poids du sujet: six livres douze onces six gros. A l'extérieur, rien d'extraordinaire; les viscères de la tête, du thorax, dans un très bon état. Il n'en était pas ainsi de ceux de l'abdomen. Au premier aspect, on voit des dispositions qui ne sont pas ordinaires; ce sont des adhérences multipliées, anciennes, des portions d'intestin predigieusement dilatées, et aussi volumineuses que dans l'âge adulte, entrelacées d'une manière singulière, et offrant de grandes différences dans le même intestin. En parcourant isolément les viscères du bas-ventre, voici ce que l'on remarquait: 1° l'estomac et le duodénum dans l'état naturel; le jéjunum n'a, dans l'étendue de dix-neuf pouces, que la largeur et les dimensions ordinaires à cet âge; tout à coup il s'élargit de manière à égaler l'intestin grêle d'un adulte distendu par des gaz. A trois pouces plus bas, adhérence fibreuse, large d'un pouce, paraissant ancienne, et laissant apercevoir des vaisseaux sanguins: même dimension. A quinze pouces plus bas, le mésentère présente un anneau (cause d'étranglement) dans lequel l'intestin s'engage. La portion qui traverse l'anneau est recouverte d'une autre portion d'un si petit volume qu'elle ne dépasse pas celui d'une plume d'oie. Trois pouces au delà de l'anneau accidentel contre nature que je viens d'indiquer, on en rencontre un autre, résultant de l'adhérence établie entre le péritoine qui recouvre les intestins et celui qui tapisse les muscles du bas-ventre. A un pouce de l'ombilic, les circonvolutions intestinales adhèrent de manière à être confondues. A dix pouces de ces adhérences finit la cavité de la partie du tube intestinal dont je viens de désigner les particularités. Cette dernière extrémité n'est que collée au cœcum sans avoir de communication avec cet intestin, ainsi qu'on s'en est assuré par l'insufflation. Le cœcum, facile à reconnaître par l'appendice vermiculaire, n'a qu'un pouce d'étendue. A l'embouchure du cœcum avec l'iléum, on remarque un tube du volume d'une plume à écrire, de dix-sept pouces de long: ce tube paraît être la fin de l'iléon. Chose singulière! il ne communique pas avec la partie supérieure du même intestin, en sorte qu'étant libre et flottant, il existe un isolement

entre les intestins grêles et les gros intestins. Les portions ascendante, transverse, du colon n'existent que pour mémoire; leur volume est celui d'une plume à écrire; leur cavité existe, mais on n'y voit que du mucus. Le rectum existe aussi; sa cavité est semblable à celle du colon, et reçoit à peine une sonde de gomme élastique jusqu'à l'obstacle, qui est une oblitération intestinale complète d'un pouce d'étendue; là, le rectum s'élargit de nouveau, mais non pas comme dans l'état naturel.

Cinquième variété. *Imperforation membraneuse diaphragmatique interne; l'anus et le rectum bien conformés.* — Dans ce cas, l'anus est bien conformé; il n'y a pas non plus altération, rétrécissement des parois du rectum : ce dernier se trouve, comme dans l'état normal, ne former qu'un tout continu; seulement, à une certaine hauteur, une membrane musculaire intercepte toute communication entre les parties de l'intestin séparées par ce diaphragme. Si l'on veut donner un lavement, le liquide, rencontrant la cloison, sortira à mesure que la seringue se videra. Si la membrane est peu épaisse, il y aura fluctuation; si elle est dure, épaisse, l'impulsion produite par le méconium ne sera pas perçue.

Traitement. — L'art ne connaissant que deux genres de ressources : 1° rétablir l'anus dans sa position naturelle; 2° en créer un artificiellement sur un point différent de la cavité abdominale. Nous allons indiquer quelles sont les circonstances qui réclament ces deux ordres de procédés, et quelles sont les diverses méthodes opératoires qui ont été successivement proposées.

Première variété. — Dans ce cas, pour rétablir la voie naturelle, plusieurs moyens ont été proposés. Les uns ont conseillé de plonger un bistouri, un gros trois-quarts, dans l'obstacle; les autres, de déchirer la membrane avec le doigt, de la percer avec un fer rouge, afin d'obtenir une perte de substance; mais ces moyens, abandonnés à cause de leurs inconvéniens, ont été remplacés par le suivant, qui consiste à pratiquer avec ménagement une incision entre les sphincters, de manière à les diviser de telle façon qu'ils puissent permettre ou empêcher plus tard l'expulsion des matières. On arrivera facilement à l'intestin, le méconium sera expulsé, et les jours de l'enfant seront hors de danger.

Deuxième variété. — Dans ce cas il faudra, à l'exemple de *Callisen*, évacuer l'urine de la vessie, au moyen d'une sonde qui servira à la fois à reconnaître l'urètre, la vessie, et à diriger l'incision; de plus, se rappeler que l'anus, chez les nouveau-nés, est plus distant de l'extrémité du coccyx, soit parce qu'il y a une grande portion de cet os qui, n'étant pas ossifiée, est molle, et obéit au toucher. Alors l'opérateur, faisant maintenir l'enfant les cuisses écartées et fléchies, incisera de manière à ce que le centre de la plaie soit à dix lignes environ au devant du coccyx; successivement et graduellement il divisera avec précaution les diverses couches qui se présenteront, toujours entre les sphincters, ou, s'ils manquent, au centre de la place qu'ils doivent occuper. Il pénètrera, aussi profondément que possible (à un pouce ou deux), en suivant la direction que doit avoir l'intestin dans l'état normal, et ayant soin de mettre de temps en temps l'indicateur au fond de la plaie, afin de s'assurer de la fluctuation et de la direction la plus convenable pour l'incision. S'il est assez heureux pour parvenir à l'intestin, il ne faudra pas pour cela, qu'il compte sur une réussite, car elle est très rare, ainsi que le prouvent les observations de *Roonhuysen*, de *F. de Hilden* de *Lamotte*, de *B. Bell*, et de plusieurs autres. Les raisons de cet insuccès tiennent à ce que : 1° L'épaisseur assez grande des parties qu'on doit diviser, entre le périnée et l'intestin, est une cause puissante d'insuccès; il y a gonflement inflammatoire des parties et par suite rapprochement. Jusqu'à ce jour l'opération a presque toujours échoué, même entre les mains des praticiens les plus habiles 2° Il est très difficile de rétablir la portion perdue de l'intestin; on ne le fera même jamais qu'incomplètement, si encore on y parvient; 3° A la place du tube digestif naturel, on mettra une fistule dont l'espèce de surface muqueuse qui finira par se développer ne représentera que très imparfaitement les tuniques de l'organe naturel, et tendra continuellement à se refermer; 4° Très souvent l'absence de sphincters sera désespérante, et l'anus, artificiellement rétabli, difficilement maintenu ouvert; 5° On trouvera à l'autopsie très souvent un épanchement sanguin produit par l'ouverture des vaisseaux pelviens. Cependant, comme il est impossible de savoir *à priori* à quelle distance des tégumens s'arrête le rectum, on ne doit pas négliger l'incision périnéale. Lorsque après des incisions successives profondes, il aura été impossible de trouver l'intestin, il faudra promptement pratiquer un anus artificiel à la région iliaque.

Troisième et quatrième variétés. — Comme dans le cas précédent, il faut recourir d'abord à l'incision périnéale; seulement on ne parvient jamais à l'intestin; après cette tentative, établir un anus artificiel au ventre. Si ce moyen n'assure pas la vie du sujet, il fournit au moins souvent l'occasion de calmer les souffrances, et de rendre les derniers momens moins cruels.

Cinquième variété. — Lorsque le médecin est appelé, le sujet est toujours épuisé par de graves accidens; car, dans ce cas, l'anus étant bien conformé, le vice échappe long-temps aux personnes qui soignent l'enfant. Il faudra promptement diviser successivement par couches avec un bistouri à lame étroite, la cloison; si la membrane est près de l'orifice anal, et que la fluctuation indique son peu d'épaisseur, l'opération simple présente peu de difficultés et un succès certain. Lorsqu'au contraire la membrane est épaisse, dure, élevée, l'opération, par la nature même de l'obstacle, est très difficile; d'abord l'ouverture anale étant toujours trop étroite pour permettre en même temps l'introduction des doigts et des instrumens, l'opération ne peut se faire qu'à tâtons; et on doit craindre de couper l'intestin au lieu de la membrane qui forme la cloison : cet accident malheureux est arrivé à *Bonnafos*, qui le constata à l'autopsie; d'autres praticiens ont également eu ce malheur, et je rapporterai plus loin un exemple où la cloison recto-vaginale fut intéressée. On devra donc, en raison des écueils

qu'on peut rencontrer, agir prudemment : du reste, lorsque l'obstacle est aussi épais, l'opération réussit très rarement. Lorsqu'on est assez heureux pour obtenir un succès, il est éphémère, et au bout d'un certain laps de temps, jamais plus de quelques années, les sujets périssent par la difficulté que l'on a à maintenir suffisamment ouvert le passage artificiel. Dans les auteurs, on trouve un bon nombre d'insuccès ; et feu M. *Duret* a cité nombre de fois, dans ses cliniques, que depuis qu'il avait opéré le sujet de l'opération n° 1, il avait eu connaissance de vingt-deux cas d'insuccès. Je crois donc qu'il est encore préférable en cette occurence de pratiquer l'opération de *Littre*, qui n'a pas autant de désavantage qu'on a bien voulu le dire.

Maintenant la voie naturelle n'ayant pu être rétablie, à quel procédé opératoire devra-t-on recourir pour l'établissement d'un anus artificiel au ventre ? Plusieurs ayant été indiqués, nous allons discuter leurs avantages, leurs inconvéniens, et dire celui qui nous paraît préférable. Toutefois, lorsqu'un point noirâtre, une tumeur, apparaîtront à la partie inférieure du ventre, la nature indiquera alors le lieu où l'on devra opérer, qui sera dit de *nécessité*, et qui, dans le cas contraire, sera dit lieu d'élection.

Procédé de Callisen. Ce procédé que son auteur n'a jamais pu exécuter régulièrement que sur le cadavre, et qui n'a été tenté sur le vivant qu'une seule fois par M. *Roux*, consiste à établir l'anus artificiel dans la région lombaire gauche, entre les côtes asternales et la crête iliaque. On fait une incision parallèle au bord antérieur externe du muscle carré des lombes ; on pénètre ensuite jusqu'au colon descendant, entre les lames de son repli mésentérique, sans toucher au péritoine ; on fixe enfin entre les lèvres de la plaie la portion correspondante du colon. Mais, outre les difficultés qu'on trouve à faire sortir l'intestin de cette région, on a encore l'inconvénient grave d'intéresser une grande épaisseur de parties, le péritoine, et de laisser au dessous de la plaie une longue portion d'intestin remplie de matières fécales. De plus, l'anatomie des différens âges nous apprend que l'S du colon, chez les nouveau-nés, occupe toute la partie droite de la fosse iliaque gauche, et non la région lombaire, comme cela a lieu chez l'adulte ; enfin que cet intestin est retenu par un lien membraneux et lâche de la même nature que le mésocolon, ce qui le rend en quelque sorte flottant dans le ventre, et par conséquent difficile à saisir. Il serait aussi très difficile d'adapter à cette ouverture une boîte propre à recevoir les matières, et plus difficile encore au sujet de se tenir dans un état de propreté. Ce procédé, qui n'a d'avantageux que l'éloignement de l'anus des organes génitaux, ne mérite pas d'être tiré de l'oubli où les modernes l'ont avec raison laissé.

Procédé de M. Martin. Plus séduisant qu'il n'a de véritable utilité pratique, ce procédé, attribué aussi, par M. *Paris*, à un illustre praticien, est resté sans approbateurs, et n'a jamais été essayé que sur le cadavre : il consiste à introduire dans le bout de l'intestin, préalablement ouvert, une sonde de gomme élastique, dont l'extrémité, poussant en bas le cul-de-sac du rectum, servira, 1° à constater l'épaisseur de l'imperforation ; 2° à se guider, après l'incision périnéale, pour reconnaître et ouvrir l'intestin, sans crainte de se fourvoyer. On a senti avec raison, qu'une ouverture artificielle, souvent, presque toujours même, dépourvue de sphincter, serait tout aussi incommode au périnée qu'à la région iliaque ; qu'en l'exécutant, on multipliait sans utilité réelle les lésions de l'intestin, les solutions de continuité des parties extérieures, les donleurs du malade, et, par suite, les dangers dont il était menacé.

Procédé de Pilor. Il ne diffère de celui de *Littre* qu'en ce qu'il consiste à ouvrir le colon dans la région iliaque droite. Ce procédé doit aussi être mis de côté, le tube intestinal devant être toujours ouvert le plus près possible de sa terminaison.

Procédé de Littre. Exécuté pour la première fois avec succès par M. *Duret*, ce procédé consiste à ouvrir l'abdomen au dessus de la région iliaque gauche, dans l'endroit où répond l'S du colon, à diviser couche par couche la peau, l'aponévrose de l'oblique externe, les fibres inférieures du muscle petit oblique, le péritoine ; ensuite avec l'indicateur, qui sert de crochet, à attirer au dehors l'intestin, qu'on reconnaît, soit à sa couleur particulière, soit à l'aspect de son enveloppe externe, soit à la disposition de ses fibres ; à le fixer aux tégumens au moyen d'un fil qu'on passe dans le mésocolon, puis enfin à l'inciser suivant sa longueur. Ce procédé simple est, sans contredit, le meilleur. Sans chercher l'intestin dans un point trop élevé, on est cependant assez haut pour le trouver convenablement dilaté, et le plus ordinairement être au dessus du vice de conformation ; de plus, l'épaisseur des parties intéressées par l'instrument tranchant n'étant pas aussi grande que dans les autres procédés, il y a moins d'accidens inflammatoires à craindre ; l'on n'a même à redouter que les dangers d'une opération sanglante pratiquée sur le jeune sujet, dangers, il est vrai, assez grands, mais qui ne peuvent encore être comparés à ceux auxquels on s'expose en suivant les autres méthodes. Enfin, l'anus est bien situé sous tous les rapports, soit pour l'application d'une boîte, soit pour les soins de propreté. Je pense donc que les succès obtenus doivent faire préférer ce procédé. Enfin, après l'avoir pratiqué pour sauver la vie de l'enfant, on pourrait plus tard, si la disposition de l'intestin et des parties périnéales le permettait, essayer de rétablir la voie naturelle.

Ire observation. *Absence totale de l'anus et du rectum.* — Le samedi 19 octobre 1793, à dix heures du matin, trente-quatre heures après la naissance, on apporta à M. *Duret* un enfant qui offrit les vices de conformation suivans : les parties génitales étaient disposées de manière que le scrotum rentrait à l'endroit du raphé, et présentait deux parties égales, dont chacune contenait un testicule. Au premier aspect, cet enfant paraissait être du sexe féminin ; au périnée était le gland, percé d'un méat urinaire, laissant sortir librement l'urine. L'endroit de l'anus n'offrait aucun indice de l'existence du rectum ; la peau avait sa couleur naturelle et sa consistance ; aucune tumeur ne paraissait dans les efforts que l'enfant faisait pour aller à la selle. Après cet examen, M. *Duret* résolut de

faire une incision à l'endroit où le rectum devait répondre, afin de rétablir la voie naturelle. Cette opération, faite profondément à deux heures du soir, n'eut pas de succès. A quatre heures, introduisant une sonde dans la plaie et ne trouvant pas de corps dur, tendu, qui indiquât la présence de l'intestin, M. *Duret* pensa que le rectum manquait à sa partie inférieure. L'enfant parut sans ressource; les vomissemens continuels, la grosseur extraordinaire du ventre, le froid des extrémités inférieures, indiquaient une mort prochaine; cependant, contre son attente, il vivait encore le dimanche au matin. C'est ce qui décida M. *Duret* à proposer, comme dernière ressource, l'établissement d'un anus artificiel au ventre. En effet, il ouvrit l'abdomen du malade au dessus de la région iliaque gauche, dans l'endroit où est situé l'S du colon; il donna à cette ouverture, qui servit à introduire son indicateur dans le ventre, un pouce et demi d'étendue; il saisit et attira alors au dehors l'S du colon. Dans la crainte que l'intestin ne rentrât par la suite dans le ventre, il passa dans le mésocolon deux fils cirés, et incisa ensuite l'intestin en long. Les gaz, le méconium sortirent en abondandance; quand il s'en fut écoulé une certaine quantité, il pansa le sujet; une compresse fenêtrée, de la charpie, un bandage de corps, composèrent tout l'appareil. La nuit du dimanche au lundi fut bonne, tous les accidens cessèrent comme par enchantement. La chaleur revint, l'enfant dormit bien, téta plusieurs fois avec avidité. Le lendemain on changea les linges remplis de méconium, les cris se firent entendre. Le mieux continua les jours suivans. Enfin le cinquième jour après l'opération, les fils qui soutenaient l'intestin entretenant de la malpropreté et causant de l'irritation, on les retira, l'adhérence étant assez forte; et le septième jour, il était si bien, tant à l'endroit de l'opération que dans l'exercice de ses fonctions, qu'on le jugea n'avoir plus besoin que de soins, de propreté et de surveillance exacte des gens de l'art. Il fut donc remis à ses parens. Depuis il a continuellement joui d'une bonne santé; au moment où j'écris, il n'est à charge à personne, et vit avec un anus contre nature, avec renversement peu considérable de la membrane interne du rectum.

IIe observation. *Absence totale de l'anus et du rectum.* — Le 19 mai 1809, on apporta à M. *Billant*, D.-M., un enfant mâle âgé de deux jours, qui depuis sa naissance n'avait pas rendu de méconium, et qui présentait tous les symptômes de l'imperforation anale. L'ayant examiné, M. *Billant* reconnut qu'il n'avait point d'anus au lieu où le rectum se termine ordinairement, qu'il n'existait qu'un petit tubercule gros à peu près comme la moitié d'un petit pois, sans qu'aucun autre signe annonçât la présence de l'intestin. Désirant soulager cet enfant, il fit une incision profonde au lieu où le rectum devait répondre; mais ce fut en vain. Après cette tentative, il confia l'enfant au praticien célèbre à qui le sujet de l'observation précédente devait l'existence. L'opération, décidée, fut faite de la manière suivante : L'enfant convenablement placé sur une table, une incision fut faite entre la crête de l'os des îles et le bord des fausses côtes gauches; la peau et les muscles furent d'abord divisés avec précaution; une sonde cannelée fut introduite entre le péritoine et les intestins; cette membrane incisée dans une étendue suffisante, l'opérateur saisit l'S du colon, en fit sortir une portion dans la plaie faite aux tégumens, puis la fixa dans cette ouverture au moyen d'un fil passé dans le mésocolon, et incisa ensuite l'intestin suivant sa longueur. Les gaz et le méconium sortirent en abondance; l'enfant soulagé à l'instant même, s'empara avec avidité du mamelon qu'on lui présenta; il le suça même avec force, ce qu'il n'avait pu faire depuis sa naissance. Un simple pansement fut fait; les linges se trouvèrent le lendemain pleins de méconium. Le ventre était souple, l'enfant poussait des cris, mais faiblement; le mieux sous tous les rapports continua les jours suivans. Enfin, le 24, on le trouva mort sans aucune cause connue.

Autopsie. — Après avoir fait à la peau une double incision qui formait une espèce d'ovale très étendu, et mettait à même de voir l'adhérence établie entre l'ouverture des tégumens et la portion de l'intestin sortie, M. *Duret*, à la suite d'une dissection exacte, dirigea son examen et l'attention des spectateurs sur l'incision où était le siége du vice de conformation. Plusieurs injections et insufflations furent faites avec ménagement, et toute l'assemblée fut pleinement convaincue qu'il n'existait aucune communication entre la vessie et le rectum. Ce dernier formait un cul-de-sac qui ne donnait passage à aucun de ses fluides; il était adhérent à la vessie d'une manière intime; en vain fit-on des tentatives séparément, et par le canal de l'urètre, et par l'ouverture faite à l'S du colon, pour faire passer de l'air de l'une de ces parties dans l'autre : on ne put y réussir, et toujours il s'établissait entre ces deux organes une ligne de démarcation si bien tranchée, et si facile à voir, surtout après avoir enlevé le tissu cellulaire et le péritoine qui leur servent de moyen d'union, qu'il fut on ne peut plus clairement démontré qu'il n'y avait aucune relation entre les cavités du rectum et la vessie. L'extrémité imperforée du rectum se trouvait à peu près éloignée d'un pouce du lieu où l'anus aurait dû se rencontrer. Cet espace était rempli par du tissu cellulaire; tous les viscères de l'abdomen ainsi que des autres cavités étaient dans l'état le plus sain; les premiers ne contenaient point ou du moins très peu de matières fécales, ce qui prouve que l'évacuation s'en faisait librement. La portion fixée à la plaie était bien l'S du colon; des adhérences avec les parties voisines étaient déjà établies. Tous les médecins qui ont concouru par leur présence à cet examen sont restés persuadés que l'enfant a succombé faute de nourriture, et qu'il n'eût pas été moins heureux que l'individu de l'observation n° 1, s'il avait été confié aux soins d'une nourrice abondamment pourvue d'un lait plus riche en principes nutritifs que celui de la femme débile entre les mains de laquelle il avait été remis.

IIIe observation. *Absence totale de l'anus et du rectum.* — En janvier 1830, M. *Bizet* reçut un enfant mâle qui n'avait pas d'anus. Quoique le toucher, l'aspect extérieur n'indiquassent

rien, il essaya de rétablir la voie naturelle. Après avoir incisé assez profondément dans la direction du rectum, il fut forcé de renoncer à ce moyen, et de pratiquer l'opération de *Littre*, qui lui réussit à merveille. L'enfant venait très bien, lorsqu'un mois après il succomba à une indigestion causée par l'imprudence des parens. L'autopsie, faite publiquement ne présenta de remarquable que ce qui suit : l'intestin rectum manquait entièrement ; l'extrémité inférieure du canal intestinal se terminait par un cordon fibreux qui allait s'attacher au bas-fond de la vessie ; le plancher compris entre l'intestin et l'endroit où l'anus doit s'ouvrir naturellement était d'un tissu musculo-cellulaire dense, consistant, et analogue à ceux indiqués précédemment. M. *Bizet* a encore eu une seconde fois l'occasion d'établir, dans un cas analogue au précédent, un anus artificiel à la région iliaque ; mais le lendemain de l'opération, qui avait été faite plus de cent heures après la naissance, l'enfant succomba à une péritonite et à une inflammation intestinale causées plutôt par le retard mis à opérer que par les suites de l'opération (1).

IVe observation. *Imperforation de l'anus, absence partielle du rectum.* — Le 16 août 1823, mon père fut appelé pour voir un enfant mâle, né le 20 à cinq heures du soir. Cet enfant, fort bien conformé sous tous les rapports, avait une imperforation de l'anus ; à peu près à l'endroit où ce dernier doit s'ouvrir, on voyait un tubercule aplati de la largeur d'une lentille, mais dont l'épaisseur était assez considérable pour empêcher de reconnaître le vide de la cavité intestinale, si toutefois elle y aboutissait. Cet opercule ne répondait pas exactement à la ligne

---

(1) Le fait suivant, qui rentre dans la même catégorie, nous a été communiqué par M. le docteur Saint-Léger, de Cubas (Dordogne), et nous avons cru devoir le placer ici.

(Note des rédacteurs.)

ATRÉTISME CONGÉNITAL DU RECTUM, AVEC VICE DE SITUATION ET DE CONFORMATION DE CET ORGANE.

Marie Pacaud, de Cubas, âgée de vingt-huit ans et d'une forte constitution, accoucha, le 10 avril 1834, d'un enfant mâle. Le travail de cet accouchement, au rapport de la sage-femme, fut des plus naturels. L'enfant cependant était frêle et chétif. Le troisième jour après sa naissance, son ventre se ballonna, des vomissemens parurent et disparurent presque aussitôt. Malgré cela, il conserva son appétit. Huit jours se passèrent dans cet état, sans que les parens et l'accoucheuse s'aperçussent de l'imperforation de l'anus. Le huitième enfin, voyant que son enfant ne rendait pas de matières alvines, le père me fit appeler. Les vomissemens avaient reparu, mais ne s'étaient prolongés guère au delà d'une demi-heure. A mon arrivée, je fus frappé du peu de développement du petit malade. Il était malingre, son visage était comme raccorni et fortement contracté ; sa peau était livide ; son ventre, énormément distendu, était sonore à la percussion. Sa couche était inondée d'urine, exhalant une odeur analogue à celle des matières fécales. Il me fut par conséquent bien facile de reconnaître l'imperforation du rectum et la communication de cet intestin avec la vessie. Je me hâtai de pratiquer une incision cruciale de plus d'un pouce de profondeur dans la direction du rectum, et ne pus parvenir à atteindre cet intestin. Le lendemain, connaissant l'imminence du danger, je tentai une nouvelle opération, sans obtenir de plus heureux résultats. Quatre ou cinq jours se passèrent sans symptômes nouveaux. Le sixième, la cicatrisation était à peu près complète. Le septième, quelques vomissemens reparurent de nouveau, et l'enfant succomba dix jours après l'opération et dix-huit jours après sa naissance.

L'autopsie en fut faite vingt-quatre heures après la mort. Voilà ce que j'ai observé : L'aspect du cadavre est repoussant ; la face est violacée et livide ; le ventre est très distendu ; les veines de cette région sont dilatées et comme variqueuses. Le premier coup de scalpel, donné sur les parois abdominales, produit un dégagement considérable de gaz qui sortent en sifflant. A l'ouverture des intestins, il s'échappa aussi beaucoup de gaz et des matières jaunâtres. Le péritoine et les autres membranes sont parfaitement sains. Le diamètre du rectum est d'un pouce environ. Les autres intestins, sans être aussi grands que le rectum, sont beaucoup plus dilatés qu'à l'ordinaire. Sa situation est normale jusqu'au niveau de la vessie ; mais, arrivé là, au lieu de suivre la courbure du sacrum et de s'enfoncer sous le muscle releveur de l'anus, il forme une espèce d'entonnoir qui communique avec la partie postérieure et moyenne de la vessie, à peu près au niveau de l'ouverture de l'urètre, et produit un conduit qui semble faire suite à ce canal. A l'endroit où l'intestin communique à la vessie, il se détache un prolongement caudaire, une espèce d'appendice rectal, un simulacre de rectum parfaitement imperforé et comme ligamenteux, qui se prolonge jusqu'au raphé ou périné, en est séparé dans son trajet par un intervalle de deux lignes environ de la portion prostatique du canal de l'urètre. La vessie est aplatie, allongée, déjetée en avant et en haut. Son diamètre longitudinal est de deux pouces environ, L'intérieur de cet organe est noirâtre, ses parois très épaissies.

Tout le monde connaît les observations analogues, rapportées dans l'*Encyclopédie de médecine*, et celles des Daubenton, Jussieu, Van Swieten, Bermius, Meïbomius, Morgagni, etc. Je crois donc devoir m'abstenir de tout commentaire.

Nota. J'ai conservé la pièce anatomique qui fait le sujet de cette observation.

SAINT-LÉGER, *D.-M. P.*

médiane, il était incliné à gauche. Par les cris ou les efforts que faisait l'enfant, il ne formait pas de saillie, comme cela arrive lorsqu'un liquide n'en est pas éloigné; seulement par l'auscultation on entendit distinctement, à plusieurs reprises, un bruissement pareil à celui qu'un fluide produit lorsqu'il passe d'une cavité dans une autre. Ce singulier phénomène fit présumer, 1° qu'il était possible que le rectum fût bien conformé, et qu'il ne se trouvât pas à une grande distance de la peau; 2° qu'il existait peut-être une communication entre le rectum et les organes sécréteurs de l'urine. Pour s'assurer autant que possible de l'existence de cette dernière disposition, on examina les linges dans lesquels l'enfant avait uriné. La couleur n'indiquant rien, on resta dans cet état d'incertitude que l'autopsie seule peut faire disparaître. Cependant l'indication étant toujours la même, mon père essaya inutilement, par l'incision, la ponction, de rétablir la voie naturelle. Après avoir pénétré à plus d'un pouce dans la direction de l'intestin, il renonça à ce moyen pour pratiquer un anus artificiel au ventre. Ce qui l'empêcha de pratiquer de suite l'opération de *Littre*, c'est que dans le cas où, comme cela est arrivé quelquefois, et comme le bruit perçu pouvait encore le faire présumer, le rectum eût communiqué avec les voies urinaires, il ne pouvait y avoir de meilleur moyen de faire cesser cette disposition vicieuse que par le rétablissement de la voie naturelle. Une incision fut faite près de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, endroit où l'S du colon se trouve et se présente presque seule et très facilement entre les lèvres de la plaie. Lorsque, après l'ouverture du péritoine, cette portion intestinale s'est élevée et fait saillie, mon père l'a saisie, et par un fil l'a fixée à la plaie, puis ensuite l'a incisée suivant sa longueur. Le méconium est sorti, et l'enfant a été soulagé. Les jours suivans, le mieux a continué. Le huitième jour après l'opération, on a enlevé le fil, et l'on a abandonné l'enfant aux soins de la mère. Cet enfant a vécu jusqu'au 10 octobre 1825, c'est-à-dire près de vingt-sept mois; pendant tout ce temps il s'est bien porté, a joui de la vie comme le font tous les enfans de cet âge, et finalement est mort d'une cause étrangère à son infirmité.

Autopsie faite le 11 *octobre* 1825. — Dimension du sujet, deux pieds deux pouces : poids ordinaire à cet âge. A l'anus artificiel, un renversement de l'intestin de trois pouces de long. Le péritoine n'était pas adhérent à l'intestin, ce qui rendait le renversement susceptible de réduction facile. Tous les viscères sains. La portion amenée au dehors pour former l'anus était bien le commencement de l'S du colon. Le rectum représentait un entonnoir allongé, dont la grosse extrémité était en haut, la petite en bas. Cette dernière, dont la fin pouvait recevoir un petit stylet, était un cul-de-sac sans ouverture, qui venait se fixer à la partie postérieure latérale gauche de la vessie, de manière à former corps avec cet organe. Entre cette extrémité et le lieu où l'anus aurait dû s'ouvrir, il y avait deux pouces de distance. Le plancher, formé par du tissu cellulaire et musculaire, était épais; complet, il eût rendu toute opération inutile pour le rétablissement de la voie naturelle. Dans quelques points les intestins grêles étaient rouges, enflammés. Quatre dents manquaient. Enfin cet enfant est mort du travail de la dentition, qui chez lui a été assez pénible pour causer sa perte.

Ve Observation. *Imperforation de l'anus, absence partielle du rectum.* — Le 4 janvier 1828, à neuf heures, mon père fut appelé pour voir un enfant mâle qu'il avait reçu la veille, à quatre heures du soir, et qui lui avait paru bien conformé. Il trouva qu'il n'avait pas rendu de méconium, par suite d'une imperforation de l'anus. Le plancher charnu qui s'opposait à ce que la fluctuation fût sentie pendant les efforts d'expulsion lui parut d'une assez grande épaisseur. Cependant il résolut de rétablir la voie naturelle, et à quatre heures du soir il réussit parfaitement. Le méconium, des vents furent rendus; quelques lavemens favorisèrent la sortie des matières, et l'enfant fut soulagé. La nuit fut bonne, ainsi que les jours 5 et 6. Le 7, les vomissemens reparurent sans cause connue. L'enfant refusa le sein, toute espèce de boisson; le ventre se tendit, devint douloureux. Ses cris plaintifs ne cessèrent pas. La médication émolliente calma les accidens. Le lendemain 8, il y eut plusieurs selles et beaucoup de vents rendus; le ventre s'affaissa et les douleurs parurent avoir cessé. Jusqu'au 10 au matin le mieux persista. Alors, après trois selles successives, de nouveaux accidens apparurent. L'anus artificiel, examiné, parut en bon état; cependant l'enfant se plaignit beaucoup, refusa de nouveau toute boisson, et mourut dans la nuit du 10 au 11 janvier.

Autopsie. — Habitude extérieure : rien, si ce n'est la tuméfaction du ventre. L'estomac, le foie, la rate, dans l'état sain. La portion transverse du colon, l'S du colon, distendues par des gaz. Les autres régions des intestins sont resserrées sur elles-mêmes. L'intestin grêle contient quelques liquides, mais fort peu de méconium. On y remarque des traces de phlogose sur la tunique péritonéale. Dans l'abdomen et dans le bassin, aucun liquide n'était épanché. Le tissu cellulaire de la cavité pelvienne était infiltré de sang. A l'endroit correspondant à l'ouverture faite au rectum, la partie la plus déclive de cet intestin était large, recourbée vers la vessie, avec laquelle elle contractait adhérence, et offrait, surtout au fond de la vessie, un tissu d'une couleur rouge, d'une consistance charnue, et résistant à la pression du doigt. Son épaisseur était de trois à quatre lignes, surtout vers la paroi postérieure (région sacrée); car antérieurement, c'est-à-dire à l'endroit qui correspondait à la vessie, cet intestin n'offrait rien de particulier. De la cavité du rectum à l'orifice de l'anus, il y avait plus d'un pouce. Cet espace était occupé par un tissu musculo-cellulaire que le méconium avait coloré en noir. On introduisait le doigt avec aisance et facilité dans l'ouverture pratiquée, et cependant le colon avait été trouvé distendu par des gaz. La cause de la mort a paru tenir à ce que les bords de la plaie, quoique larges, se rapprochaient par l'action naturelle au tissu musculaire; cette circonstance eût rendu plus tard l'expulsion des matières difficile. Les corps dilatans n'ont pas été employés, à cause

de l'inflammation et de la douleur, qui les contre-indiquaient.

VIe Observation. *Imperforation membraneuse interne du rectum.* — Le 16 mai 1816, mon père accoucha madame *** d'une fille qui lui parut bien conformée, et qui, à plusieurs reprises, but de l'eau sucrée, et saisit le sein sans se plaindre. Dans la nuit du 16 au 17, elle refusa toute boisson, et commença à vomir. Le 17 au matin, mon père fut prévenu de ces accidens. Présumant de suite, aux symptômes qui existaient, qu'il avait affaire à une imperforation du tube digestif, il examina l'organe de la défécation. L'anus était bien conformé. Ayant essayé d'introduire une sonde dans le rectum, il fut arrêté par un obstacle situé à six lignes de hauteur : bientôt, par l'exploration faite au moyen du petit doigt, il acquit la certitude du vice de conformation. M. *Duret*, ayant aussi exploré, ne sentit aucune fluctuation, et le plancher du rectum lui parut même d'une épaisseur très grande et d'une forme inappréciable. L'incertitude d'une incision, ou d'une ponction faite par un instrument nécessairement un peu dirigé au hasard dans des lieux où les écueils sont si nombreux, les accidens consécutifs qui étaient à craindre par la seule étroitesse de l'ouverture pratiquée, l'épaisseur de la cloison, sa forme, firent adopter l'établissement d'un anus artificiel à la région iliaque. L'opération fut remise au lendemain 18, afin de s'assurer encore si la pulsion ne deviendrait pas plus apparente; mais, l'exploration nouvelle n'ayant rien indiqué, l'opération de *Littre* fut faite par mon père. Comme elle n'a rien présenté de remarquable, je ne la décris pas; seulement je ferai observer qu'il eut bien soin d'éviter de comprendre dans l'anse de fil passée dans le mésocolon la portion de l'ovaire qui, comme tout le monde le sait, est libre, flottante dans la partie interne de la fosse iliaque. Du reste, elle eut un plein succès. Parfaitement guérie, la petite fut abandonnée aux soins de ses parens le 1er juin. Depuis elle s'est toujours bien portée. La nutrition s'opère à merveille; elle a la fraîcheur, la force des personnes le mieux constituées.

VIIe Observation. *Imperforation de la membrane interne du rectum.* — Le 26 janvier 1822, M. *Debourgues*, médecin distingué de Brest, reçut un enfant mâle présentant tous les signes de bonne conformation. Deux jours s'écoulèrent sans accidens; cependant les parens remarquèrent qu'il n'y avait eu aucune expulsion de méconium, et que le ventre était dur, ballonné. L'accoucheur appelé prescrivit de légères frictions sur le ventre, du sirop de chicorée avec de l'huile d'amandes, des lavemens émolliens. Vingt-quatre heures s'étant écoulées, et les accidens s'aggravant, M. *Debourgues* soupçonna une cause contre nature, et introduisit une sonde dans le rectum, qu'il trouva oblitéré à la hauteur de 15 lignes. La cloison étant très épaisse, et le toucher n'indiquant rien, il appela mon père en consultation, et, en raison des succès qu'il avait obtenus, le pria de faire l'opération. En effet, le quatrième jour, quatre-vingt-quatre heures après la naissance, mon père créa un anus artificiel à la région iliaque, et l'enfant fut soulagé. Les jours qui suivirent l'opération n'offrirent de remarquable que la sortie instantanée de l'intestin, qui dépassait quelquefois de deux pouces. Onze jours suffirent pour la guérison. Depuis ce temps, cet enfant se porte à merveille : l'appareil digestif jouit de la plus parfaite intégrité; le renversement réductible est toujours le même.

VIIIe Observation. *Imperforation de la membrane interne du rectum.* — Le 6 mai 1823, mon père reçut une fille qui ne présenta les symptômes de l'imperforation que vingt-heures après la naissance. Ayant examiné l'anus quatre heures plus tard, il le trouva bien conformé, mais découvrit une cloison membraneuse dans le rectum. La famille de l'enfant ayant désiré le rétablissement de la voie naturelle, mon père procéda de la manière suivante : il fit dilater l'anus à l'aide de pinces à anneaux, fit ensuite soulever la cloison recto-vaginale à l'aide d'une sonde large recourbée, présumant qu'à l'aide de cette précaution il mettrait le vagin à l'abri des atteintes du bistouri garni de linges. Il atteignit cependant, en le plongeant vers le rectum, un repli non soulevé de la cloison. Il s'échappa même par le vagin quelques gouttes de sang. Le méconium ne sortant pas, il renouvela sans succès l'incision plus profondément. Alors il prit un gros trois-quarts qu'il plongea dans la direction du rectum; le méconium sortit, et l'enfant fut soulagé. La canule fut remplacée par une bougie de gomme élastique. Un stylet boutonné servit de conducteur. Mais soit qu'après la sortie du méconium l'intestin rectum, n'étant plus distendu, ait, par sa contractilité de tissu, changé de direction, et se soit élevé au dessus de la canule, soit qu'en remplaçant l'une par l'autre l'opérateur n'ait pas donné à la dernière une direction convenable, et se soit écarté de l'ouverture faite, toujours est-il vrai qu'au bout d'une demi-heure environ il ne sortait plus de méconium par la canule, inconvénient majeur qu'il est plus facile de concevoir que d'éviter, lorsqu'on songe au peu de largeur de la plaie faite par un trois-quarts dans un muscle creux, organe qui par sa contractilité aurait réduit à peu de chose une plaie dont les dimensions même eussent été considérables. Ce nouvel exemple de difficultés, le souvenir de tentatives inutiles en ce genre, firent regretter à mon père d'avoir entrepris cette opération au lieu de celle de *Littre*. Malgré tous les moyens employés, il n'y eut plus d'évacuation du méconium. Les plaintes, les vomissemens recommencèrent bientôt. Enfin, le 9, l'enfant mourut à onze heures du matin.

Autopsie. — Avant de procéder à la recherche du vice de conformation et à l'examen des viscères du ventre, mon père fit l'opération de *Littre*. Une anse d'intestin grêle se présenta à la plaie, et non l'S du colon. Pour se rendre compte de l'apparition de l'intestin grêle, qu'il reconnut de suite, il laissa l'anse engagée dans la plaie, et ouvrit l'abdomen. La portion transverse du colon était très distendue par des gaz et quelques liquides. La portion descendante, au contraire, était extraordinairement rétrécie. L'S du colon, très développée et portée totalement de gauche à droite, formait une anse dont le sommet répondait à la fosse iliaque droite.

Par cette déviation l'intestin grêle occupait la place naturelle à l'S du colon : aussi, n'est-il pas étonnant qu'elle ne se soit pas présentée entre les lèvres de la plaie faite pour simuler l'opération. Pour atteindre l'S du colon sur ce sujet, il aurait fallu opérer à droite, et non pas à gauche. Toutes les autres parties du tube intestinal étaient, ainsi que les viscères du ventre, dans l'état naturel ; une phlogose des plus évidentes existait particulièrement sur le colon, l'épiploon et le mésentère. Pour fixer spécialement l'attention des spectateurs sur le rectum et les viscères du bassin, mon père sépara la masse intestinale, en faisant une ligature à l'union du rectum avec le colon, et injecta de l'eau par l'anus à l'aide d'une canule de gomme élastique. Le rectum s'est promptement rempli, et a formé une sorte de boudin. Alors on a remarqué évidemment que le tissu cellulaire sous-péritonéal se laissait distendre entre le rectum et la symphyse sacro-iliaque gauche, sans toutefois que le liquide pénétrât dans la cavité péritonéale. Pour bien reconnaître la nature du vice de conformation, il fit la solution de la symphyse des pubis, écarta ces deux os, fendit la vessie et le canal de l'urètre dans toute sa longueur. Il acquit alors la certitude que cet appareil ne prenait point part au vice de conformation. Le vagin, la matrice, examinés avec soin, ont offert le même résultat. A quelques lignes de l'anus, quatre ou cinq, la paroi postérieure du vagin (cloison recto-vaginale) offrit une petite ouverture de la grandeur d'une saignée faite par le bistouri. C'était évidemment la lésion indiquée plus haut, et qu'il fut impossible d'éviter, tous les replis de la cloison n'ayant pu être soulevés par la sonde. Isolant ensuite par la dissection la vessie du rectum, il trouva que cet intestin, développé, et ayant des fibres musculaires remarquables, était distant d'un pouce environ de l'orifice externe de l'anus, et se terminait par un cul-de-sac arrondi, fixé au bassin par le péritoine et un tissu cellulaire abondant ; que ce tissu cellulaire très dense formait une couche épaisse de plusieurs lignes qui s'étendait jusque près de l'anus ; qu'enfin, c'est au milieu de cette couche qu'il lui a fallu pénétrer avec le bistouri en premier et second lieu, puis ensuite avec le trois-quarts, pour arriver à l'intestin et diviser l'obstacle, opération qui n'est pas sans danger, et qui a été faite avec tout le succès possible, mais dont le résultat ne pouvait être entièrement heureux, 1° parce que le plancher du rectum était trop éloigné de l'anus, 2° parce que l'ouverture a été pratiquée au milieu d'une substance musculaire fortement prononcée, et douée, par cette raison, d'une contractilité de tissu trop considérable pour que la plaie ne se fermât pas facilement, ou ne devînt au moins un grand obstacle à l'émission des matières fécales, même liquides ; 3° parce qu'ayant égard à la distance qui existait entre le plancher du rectum et l'anus, les matières, en passant sous un tissu cellulaire divisé, ont produit une infiltration facile à reconnaître à la couleur. La nécessité d'introduire souvent des canules n'eût pas manqué de devenir cause d'accidens : il est même évident que l'eau qui, injectée par l'anus, s'est introduite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; et l'a soulevé, ainsi que je l'ai dit plus haut, est une preuve de la possibilité d'accidens de ce genre, car ni le bistouri ni le trois-quarts n'ont été portés à cette élévation. Aucun des vaisseaux du bassin n'a été ouvert : nulle part il n'y avait de sang épanché ou infiltré. L'inflammation du péritoine et d'une portion de la masse intestinale a été évidemment au nombre des causes de la mort de l'enfant.

Des observations précédentes qui sont de la plus grande authenticité, et de quelques autres encore que je pourrais rappeler (1), notamment celle pratiquée en 1813 par M. *Serand*, dont le sujet existe dans ce moment à Brest, remplissant toutes les fonctions de la vie sans incommodité aucune, il résulte que si on avait tenté cette opération plus souvent, un grand nombre d'enfans auraient été arrachés à la mort ; qu'opérés à temps pas un seul n'a éprouvé le moindre accident dépendant de l'opération elle-même ; que lorsqu'elle n'a pas réussi, c'est surtout lorsqu'on l'a pratiquée trop tard : dès lors l'insuccès a tenu non à l'opération, mais bien à ce que le méconium, par son accumulation prolongée, a distendu l'intestin, a affaibli sa contractilité, a enflammé ses parois, enfin a causé une phlogose des organes de l'abdomen qui a fait périr l'enfant. Pratiquée comme opération urgente, elle ne présente pas les inconvéniens qu'elle pourrait avoir dans d'autres circonstances, attendu qu'elle procure un soulagement subit et favorise l'effort que fait la nature. En effet, accablé sous le poids des accidens qu'il éprouve, l'enfant la supporte avec facilité ; au lieu de tomber dans la stupeur et le collapsus qui surviennent après une grave opération courageusement supportée, il se ranime, fait des efforts pour expulser le méconium ; les forces, qui, avant l'opération, étaient dans un état extrême d'oppression, se relèvent subitement ; la figure, qui était déprimée, qui portait l'empreinte de la souffrance, de la faiblesse, s'épanouit lorsqu'elle est déterminée ; il prend souvent avec avidité un sein qu'il repoussait quelques minutes avant l'opération ; son malaise disparaît, et l'on est souvent surpris de voir aussi peu d'accidens se développer après une incision sur des parties aussi délicates, aussi importantes à la vie ; la quantité de sang qui s'échappe de la plaie pendant l'opération est peu considérable ; l'inflammation qui survient est modérée, n'est accompagnée d'aucun accident. Au bout de quelques jours, elle s'arrête, la chaleur devient moins vive, la douleur plus supportable ; la rougeur n'est pas moindre, mais on voit qu'elle prend un autre caractère ; elle n'a plus l'aspect de la turgescence, de l'irritation. Par le seul effort de la nature, des adhérences indestructibles s'établissent entre l'intestin et la paroi abdominale. Mais, comme l'adhérence causée par l'inflammation adhésive n'acquiert toute la solidité convenable qu'au bout de quelques jours,

(1) M. *Legris*, second médecin de la marine au port de Brest, a aussi pratiqué l'opération de *Littre* sur un enfant chez lequel, avec l'imperforation de l'anus, le rectum s'ouvrit dans le canal de l'urètre. Le sujet mourut dix-neuf jours après l'opération. L'autopsie fit voir qu'une portion d'intestin grêle s'était étranglée près de l'angle supérieur de l'anus artificiel, et qu'une péritonite, à laquelle les parens donnèrent lieu par imprudence, avait causé cette fatale terminaison.

et qu'une rupture prématurée compromettrait gravement le succès de l'opération, on n'enlèvera le fil passé dans le mésentère qu'au bout de cinq à six jours; alors on n'aura à craindre aucun accident. Quant au renversement de l'intestin, qui arrive après l'opération, c'est un accident fâcheux qu'il est impossible d'éviter. Dans ce cas, l'intestin est renversé sur lui-même comme un doigt de gant; c'est une sorte d'invagination qui le plus ordinairement est formée par la sortie de toutes les tuniques de l'intestin, c'est une tumeur plus ou moins volumineuse, dont la muqueuse, rouge, boursouflée, saigne avec facilité. Cet accident est fâcheux, en ce qu'il est incommode pour le patient lorsque la tumeur est d'une sensibilité exquise, en ce que le renversement et l'engorgement peuvent devenir considérables, et peut-être produire un étranglement qui, s'il n'est réduit, mettra en danger la vie du malade. Du reste, quoique le passage des matières favorise continuellement la sortie de l'intestin, on observe rarement cet accident, surtout à un haut degré. Lorsqu'il arrive, la saillie n'est jamais volumineuse, vu les fortes adhérences du pourtour de l'anus artificiel avec les parties qu'il touche. Mais, en supposant même tout le désagrément possible, faudra-t-il pour cela céder à cet inconvénient? Je ne le pense pas; d'abord, dans toutes les observations connues d'établissement d'anus par la méthode de *Littre*, il n'est pas à ma connaissance qu'il y eût des accidens fâcheux de cette nature. La muqueuse renversée ou sortie est rouge, parsemée de replis membraneux, couverte quelquefois de tubercules aplatis d'une forme de lentille. On y aperçoit un mouvement réel; la contractilité de tissu y est quelquefois assez forte pour faire rentrer spontanément la portion intestinale sortie ou renvoyée: le moindre irritant en contact avec elle suffit pour montrer combien est grande, exquise sa sensibilité; souvent même, par le simple contact, la tumeur se réduit sans effort; lorsqu'elle a contracté des adhérences fortes et que le renversement est ancien, les phénomènes contraires ont lieu.

Je termine en disant que je crois l'opération proposée par *Littre*, et exécutée pour la première fois par M. *Duret*, rationnelle, et ne devant pas être rangée dans la catégorie des tentatives hasardeuses, Sa simplicité, l'avantage de ses résultats, doivent la faire regarder comme une ressource précieuse, couronnée plusieurs fois de succès, et devant être placée au rang des découvertes utiles qui honorent la chirurgie française. Loin donc de craindre d'entreprendre cette opération où l'art montre toute sa bienfaisance, on regardera comme un devoir impérieux de l'exécuter, conduite du reste en tout conforme au vœu de l'art de guérir, qui a pour but d'employer tout ce qui peut conserver la vie ou qui a la vie des hommes pour objet.

P.-L.-M.-H. Miriel, *de Brest*, D.-M. P.

III. — REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

REVUE MÉDICALE.

Fevrier 1835.

La *Revue* de février contient: 1° *Quelques réflexions sur l'état actuel de la médecine en France*, par M. le docteur Saint-Georges Ransol; 2° *un Mémoire sur l'emploi de la digitale dans la phthisie pulmonaire*, par M. Bayle; 3° *une observation suivie de réflexions sur un cas remarquable de pneumothorax*, par M. Prus; 4° *des observations d'ascite compliquée d'affections organiques*, par M. Lemoine; 5° *une description d'un cas de monstruosité*, par M. Dugès; 6° *un Exposé de plusieurs expériences homœopathiques faites en Allemagne*, par M. Martins, D.-M.

1° *Quelques réflexions sur l'état actuel de la médecine en France*, par M. Saint-Georges Ransol.—C'est sur la doctrine de l'école physiologique que M. Saint-Georges Ransol appelle d'abord notre attention. Cette école a pris Bichat pour son premier guide; mais l'auteur nous montre que c'est sur des paroles échappées à la jeunesse de Bichat, et prises à la lettre, qu'elle a fondé ses principes, sans faire attention à cette phrase décisive que l'on lit dans le même ouvrage, et presque au même endroit: « Un solidisme absolu, comme un humorisme exclusif, est un contresens pathologique. » Que, d'ailleurs, M. Broussais est loin de marcher sur les traces de Bichat, puisqu'il ne voit que des lésions organiques, et qu'il ne croit ni aux fièvres essentielles, ni aux affections humorales. Tout en remarquant que, ni Hippocrate, ni Arétée, ni Sydenham, qui ont dépeint les maladies avec tant de vérité, n'étaient point cadavéristes, cependant il est loin de nier l'utilité de l'anatomie dans l'étude des maladies; mais il voit avec peine cette foule d'observations cadavériques décousues et dépourvues d'un lien dogmatique qui en forme un corps.

L'auteur reporte de là nos regards dans le passé, pour expliquer la scission qui existe aujourd'hui entre les écoles de Paris et de Montpellier. Il nous montre la gloire de celle-ci sous les Sauvages, les Barthez, les Baquenot, les Fizes, les Charles Le Roy, etc.; et le sentiment de jalousie qu'en conçoit l'école parisienne, qui, en 93, lors du renversement des académies et des universités de médecine, appuyée sur le nombre et l'importance de ses hôpitaux, saisit l'occasion de se constituer centre de l'éducation médicale. Puis, hors de l'institution des écoles de santé, il nous présente l'école célèbre de Baumes, et en face Pinel qui, sur les pas de Brown, fonde à Paris sa nosographie philosophique et adopte le solidisme le plus absolu. Puis vient Bichat, qui, aveuglé par les doctrines matérialistes de son temps, pensa que les forces vitales dépendaient de l'arrangement des molécules de la matière, et c'est cette doctrine qui s'est propagée jusqu'à nos jours dans les cours de M. Broussais. Cependant les doctrines purement expérimentales de Montpellier, répandues dans Paris dans ces derniers temps par les écrits de Rouzet, de Miquel, de Bous-

quet, de Bérard, de Double, donnent lieu à M. Saint-Georges Ransol d'espérer une prochaine réconciliation.

2° *Sur l'emploi de la digitale contre la phthisie pulmonaire ;* par M. Bayle.

M. Bayle, dans ce mémoire, rappelle l'attention sur les propriétés médicatives de la digitale ; il ne se fonde pas sur sa propre expérience, mais sur les faits nombreux rapportés par un grand nombre de célébrités médicales, telles que Sanders, Kinglasse, Fowler, Beddoes, Drake, Mossman, Maclean, Ferriar, Magennis, Mouton, etc. C'est de l'un de ces auteurs, de Magennis, médecin de l'hôpital de la marine royale de Plymouth, qu'il cite différentes observations ; et d'abord celle de huit prisonniers français atteints de phthisie pulmonaire, dont six au dernier degré, et les deux autres au deuxième degré. Il les mit à l'usage de la digitale, en ayant soin d'en augmenter successivement les doses. Au bout de trois semaines, pendant lesquelles le temps avait été doux et par conséquent favorable aux malades, une grande amélioration se fit sentir. L'expectoration avait diminué à peu près de moitié, la toux était moins fréquente, les sueurs nocturnes avaient disparu, excepté dans un ; le pouls au lieu de 110 ne donnait plus que 65 pulsations par minute. Mais tout à coup le temps devient froid et augmenta tous les symptômes, et sur les huit malades il en périt cinq ; deux guérirent (c'étaient à la vérité les deux moins malades, cependant leur expectoration était purulente). Un troisième fut très soulagé. Magennis eut ensuite occasion de donner la digitale à soixante-douze matelots, atteints de phthisie pulmonaire. M. Bayle rapporte trois de ces cas tout au long. Ne pouvant entrer dans autant de détails, nous nous bornerons à donner quelques résultats généraux. Plusieurs malades, dit Magennis, prirent depuis 150 jusqu'à 300 gouttes de teinture par jour, en commençant par 20, 30, 40 ou 50 gouttes, suivant les apparences de force ou de faiblesse du malade, et en augmentant de 10 gouttes par jour jusqu'à ce que l'estomac commençât à manifester des symptômes marqués d'anorexie ou que le malade se plaignît d'un dérangement dans la vision accompagné d'un grand ralentissement du pouls. Si l'un et l'autre de ces symptômes se manifestaient, la dose était diminuée, et même le médicament entièrement suspendu, si la tête ou l'estomac étaient un peu sérieusement atteints. La proportion des ingrédiens de la teinture était de 4 onces de digitale pour 6 onces et demie d'esprit-de-vin.

Résultat général du traitement des soixante-douze malades, atteints de phthisie, par la digitale.

	Guéris.	Amélioration.	Morts.
Malades dans le 1er degré	15	9	»
Malades au 3e degré (purulent en anglais.) . .	25	13	10

Quoique M. Bayle ne puisse douter de la véracité de Magennis, il trouve ces résultats si étonnans qu'il invite, en terminant son mémoire, les médecins à essayer de nouveau la digitale contre la phthisie.

3° *Observation suivie de réflexions sur un cas remarquable de pneumo-thorax ;* par M. Prus.

L'observation de M. Prus a été prise sur un homme de soixante-six ans, d'une taille élevée, mais d'une faible constitution. Quatre ans auparavant, il avait reçu un coup violent sur la partie gauche et moyenne du thorax, et quelque temps après il rendit par la bouche une grande quantité de pus. Depuis cette époque, le côté gauche s'est rétréci sensiblement et la colonne vertébrale, vers le tiers supérieur de la région dorsale, s'est déjetée à droite. Il s'est présenté à M. Prus avec expectoration purulente et fièvre le soir ; du reste, ne se plaignant que de faiblesse et de quelques douleurs dans les membres et dans les lombes. La poitrine ayant été auscultée, on trouva : résonnance légèrement exagérée du thorax, dans les régions sus et sous-épineuses, sus et sous-claviculaires du côté gauche ; respiration caverneuse sans gargouillement dans la partie correspondante des poumons ; pectoriloquie ; matité et absence du bruit respiratoire dans un espace limité et toujours le même quelle que fût la position du malade, de la partie postérieure et inférieure de la poitrine du même côté ; pas d'égophonie, pas de tintement métallique.

Le malade s'affaiblit rapidement sans offrir de nouveaux symptômes et succomba. A l'ouverture, on trouva : petites cavernes au sommet du poumon gauche ; pneumo-thorax et foyer purulent dans un kyste formé par de fausses membranes de la plèvre du même côté ; communications fistuleuses de ce kyste avec les bronches ; concrétions ossiformes libres dans le liquide qui constitue le foyer. Ce qu'il y a de principalement remarquable dans cette observation, c'est, en premier lieu, la communication multiple existant entre un foyer enkysté de la plèvre et les voies aériennes. Quoique ce ne soit pas là l'objet spécial des remarques de M. Prus et qu'il nous promette d'y revenir dans un autre mémoire, il profite cependant de l'occasion pour nous faire voir la coïncidence de ce cas avec ceux que Bayle a publiés dans l'endroit de son ouvrage sur la phthisie pulmonaire, où il cite plusieurs observations de pleurésies chroniques qu'on aurait pu prendre pour des phthisies pulmonaires. « Ainsi, dit l'auteur, dans le cas qui nous occupe, le son clair que donnait la percussion sur la partie postérieure et supérieure du côte gauche de la poitrine était dû au pneumo-thorax, d'ailleurs très limité, qui compliquait l'empyème. Mais les fausses membranes qui doublaient la plèvre dans ces endroits faisaient que la résonnance claire, sans être tympanique, semblait devoir être attribuée aux cavernes tuberculeuses, etc. »

M. Prus arrive au second sujet de remarques : la formation de concrétions osseuses dans l'épanchement du pneumo-thorax, et il se propose ces deux questions : 1° Jusqu'à quel point ces concrétions sont-elles rares ? 2° Quelle est l'origine de ces concrétions ? 1° L'auteur, malgré ses nombreuses recherches, n'a pu découvrir que deux ou trois observations analogues à celle-ci dans lesquelles on a trouvé des concrétions osseuses *libres*, dans les cavités de l'arachnoïde et du péritoine. On en rencontre plus souvent dans les cavités articulaires et surtout dans celle du genou.

2° Trois explications se présentent à M. Prus

touchant l'origine des concrétions trouvées : 1° elles se sont formées comme des calculs dans le liquide purulent ; 2° elles se sont développées hors de la plèvre et y ont ensuite pénétré ; 3° elles sont le résultat de l'ossification de fausses membranes. L'aspect des concrétions fait pencher l'auteur pour cette dernière explication.

L'analyse de ces concrétions a été faite par M. Guibourt. Sans entrer dans le détail des procédés, nous allons donner le résultat qu'il a obtenu, comparé à celui que donnent les os de l'homme.

Analyse du calcul :

Phosphate de chaux. . . .	1,085. . . .	49,1
Carbonate de chaux. . . .	0,465. . . .	21,1
Mucus insoluble.	0,615. . . .	27,8
Matière grasse.	0,040. . . .	1,8
Sels solubles.	0,005. . . .	0,2
	2,210	100,0

Analyse des os de l'homme :

Cartilage complétement soluble dans l'eau ou gélatine.	32,17
Vaisseaux.	1,13
Phosphate de chaux avec un peu de fluorure calcique.	53,04
Carbonate de chaux.	11,30
Magnésie probablement carbonatée. .	1,16
Soude et chlorure de sodium.	1,20
	100,00

4° *Observations d'ascite compliquée d'affections organiques du foie et de l'ovaire*, par M. Lemoine. — Il s'agit dans la première des deux observations de M. Lemoine d'une dame, âgée de soixante ans, d'une constitution lymphatique, d'une grande susceptibilité nerveuse et ayant éprouvé des chagrins profonds et durables, qui fut atteinte, il y a dix-huit mois, d'une hépatite aiguë qui passa à l'état chronique, malgré l'emploi des moyens appropriés.

Le volume du foie s'accrut considérablement et une autre tumeur fluctuante se développant dans le flanc gauche, on pratiqua la paracenthèse qui donna pour résultat vingt pintes environ d'un liquide noirâtre et coulant; mais il fut bientôt nécessaire de pratiquer de nouvelles ponctions. Neuf ont été pratiquées dans l'espace de quatre mois. Puis apparurent des syncopes fréquentes et prolongées, et du trouble dans les facultés intellectuelles. La dixième ponction fut pratiquée, et l'état de la malade empira; puis tout à coup elle se trouva mieux. Une faim extraordinaire se fit sentir. La onzième ponction a été très bien supportée ; mais l'appétit est toujours insatiable, et la malade demande sans cesse des alimens qui puissent par leur poids calmer la faim qui la dévore.

La deuxième observation nous présente le cas d'une femme de cinquante ans en proie depuis plusieurs années à des chagrins, suite de la perte complète de sa fortune, et qui reçut en 1830 une pierre dans la fosse iliaque gauche. Une tumeur qui s'y développa prit en deux ans un tel accroissement que l'on fut obligé de pratiquer la ponction, qui donna trente-deux livres d'un liquide semblable à du sang. Trois autres furent pratiquées, après lesquelles une péritonite suraiguë enleva la malade. A l'autopsie, on trouva la tumeur formée aux dépens de l'ovaire gauche.

5° *Description d'un cas de monstruosité sur un agneau*, par M. Ant. Dugès. — Le sujet de cette observation ne présente aucune apparence de bouche, et les fosses nasales étaient oblitérées à leur fond. M. Dugès ajoute à la description de ce phénomène de longues réflexions, pour le detail desquelles nous renvoyons à son mémoire.

6° *Exposé de plusieurs expériences homœopatiques*, faites en Allemagne, par M. Martins. — M. Martins attaque d'une manière assez piquante la question de l'homœopathie, qui, du reste, est assez plaisante en elle-même. Il nous fait part de la correspondance de deux médecins Russes, où l'on trouve rapportés les faits les plus concluans et fort contraires aux homœopathes. Ainsi, les traitemens homœopathiques n'ont absolument rien produit sur des gens sains, dont l'imagination n'avait pas été impressionnée d'avance. Sur ceux au contraire qui se trouvaient prévenus ont surgi cette foule de phénomènes, que les homœopathes recueillent avec tant de soin, mais qui ne guérissent pas leurs malades. M. Martins nous donne ensuite d'autres faits, extraits de l'*Annuaire* de la clinique homœopathique de Leipzick, tous plus ridicules les uns que les autres, dans la plupart desquels on voit le malade, après une longue attente de guérison, prendre le parti d'aller se faire guérir ailleurs. Nous sommes fâchés que les limites dans lesquelles nous voulons nous tenir ne nous permettent pas de faire part à nos lecteurs des détails intéressans de l'exposé de M. Martins. Du reste, les expériences d'homœopathie sont si faciles à tenter que chacun de nos lecteurs pourra se mettre à même d'en juger d'après sa propre expérience.

J. B.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers de décembre, janvier et février contiennent : *Une Notice sur quelques accidens de la vaccine observés à Bergerac en* 1833, par M. Reunes, docteur-médecin. — *Des Observations de maladies des centres nerveux recueillies dans le service de M. Rostan*, par A. Duplay. — *Une Consultation médico-légale sur un cas de suspicion d'infanticide*, par MM. Orfila, Ollivier et Boys de Laury. — *Remarques sur l'accouchement par la face*, par M. Guillemot. — *Observation d'otite interne, carie du rocher, etc.*, par M. Bricheteau. — *Mémoire sur l'emploi de l'eau froide comme anti-phlogistique dans les maladies chirurgicales*, par M. Bérard jeune. — *Remarques sur l'emploi du calomel en médecine*, par M. Jorry. — *Mémoire sur la dyssenterie épidémique de Maine-et-Loire en* 1834, par M. Guéretin. — *Leçons de clinique chirurgicale, sur les luxations, etc., par M. Gerdy*, publiées par M. Beaugrand, interne. — *Mémoire sur le rapport qui existe entre la direction des conduits nourriciers des os longs et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec le corps de l'os*, par M. Bérard jeune. — *Quelques faits pratiques. — Observations thérapeutiques sur diverses névralgies*, par M. Mondière.

1° *Mémoire sur la dysenterie épidémique de Maine-et-Loire en* 1834, par M. J. Guéretin, *premier chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers.*

En 1832, le choléra n'avait pas épargné Angers et ses environs. L'hiver de 1833 l'avait vu reparaître moins intense. On en constata encore de nouveaux cas dans les mois de mai et de juin 1834. En juillet, quelques apparences cholérico-dysentériques se dessinèrent çà et là. Il y eut une époque où le génie épidémique sembla formé à parties égales du fléau exotique et de notre dysenterie populaire. Enfin, vers le déclin de novembre, cette dernière maladie qui avait fini par régner seule, ne laissait plus sur le théâtre de ses ravages que quelques empreintes cachectiques. Je vais suivre dans cette analyse l'ordre adopté par l'auteur; puis je reprendrai chacun des points importans de sa description pour les collationner avec ceux déjà signalés par d'illustres observateurs et les transmettre corroborés les uns par les autres, aux praticiens des campagnes surtout, eux qui sont si souvent surpris par une des affections le plus communément épidémiques, le plus à la disposition d'une bonne et d'une mauvaise thérapeutique.

Causes prédisposantes. — Il n'a pas été possible d'en constater d'autres que la préexistence du choléra dans toutes les localités où la dysenterie s'est ensuite déclarée. En outre, l'été et l'automne ont eu sans interruption des journées chaudes, des nuits froides. Les différences d'âge, de sexe, de tempérament, de condition, etc., se sont effacées devant l'épidémie.

Causes efficientes. — Ecarts de régime, alimens lourds et malsains, usage du melon.

L'impression du froid de la nuit, de quelque manière qu'elle ait eu lieu, mais surtout, le contact des pieds nus sur la terre en sortant du lit, ont eu une influence commune et évidente sur l'invasion des premiers accidens.

La dégénérescence chronique n'a pas été assez fréquente pour qu'on fasse reposer sur elle comparée à l'état aigu, une division utile. Trois modifications observées dans les symptômes, la marche et le traitement ont fourni à l'auteur une distinction plus naturelle.

Première modification. — Sans préludes généraux, borborygmes, légères épreintes, diarrhée abondante, (jusqu'à soixante selles en 24 heures), liquide, bilieuse ou séreuse, quelques filets sanguinolens. Au bout de 12 heures, ténesme, besoins fréquens sans évacuations, apyrexie. Diète, boissons insignifiantes, repos. Rétablissement en un ou deux jours.

Deuxième modification. Préludes généraux fébriles pendant huit à trente-six heures, borborygmes douloureux, pesanteur au sacrum; tortillemens intestinaux cuisans, partant de l'épigastre, allant mourir au rectum, selles fréquentes (de 6 à 60 par jour), d'abord abondantes, porracées, puis sanglantes, semblables à *des râclures d'intestins*, roussâtres, grumelées, très fétides, etc...., se suppriment au bout d'un jour ou deux pour ne laisser qu'un ténesme sec, déchirant, suivi enfin d'un suintemant cautérisant le rectum et l'anus. Ventre ballonné, souvent plat et rétracté, sous la peau duquel se dessinent les bosselures du colon. Quelquefois angine très douloureuse; apyrexie chez quelques uns, chaleur et soif vives, symptômes typhoïdes chez d'autres, signes de saburres, dysurie, quelques lombrics.

Troisième modification. — Dès le début, diarrhée intense, selles, *râclures d'intestins*, d'une fétidité repoussante, fer rouge continuel à l'anus, facies abattu, grippé, yeux enfoncés, base de l'orbite livide, lèvres cyanosées, langue plate, blanche, poisseuse; tête étonnée, éructations, vomituritions; épigastre douloureux à la pression; pouls presque insensible, extrémités froides, crampes, suppression d'urine, peau morte. Mort arrivant de un à quatre jours par l'accroissement des symptômes énumérés. Sous le titre de *symptômes particuliers*, l'auteur enregistre les variantes qui suivent: Chez quelques sujets, sensibilité rhumatoïde générale, éruption bulleuse sur certains points de la peau. Chez d'autres, hoquets incessans, spasmes de l'œsophage et du pharynx. Sur plusieurs, apparition d'érysipèles gangréneux avec mort prompte. La maladie durait pour la deuxième modification de deux à huit jours; si les symptômes dysentériques persistaient au delà, la forme lente et cachectique se prononçait; le malade succombait dans la colliquation douze à quinze jours après l'invasion. Ceux qui guérissaient, portaient encore long-temps une face pâle, des yeux enfoncés, des bourdonnemens d'oreilles, la bouche pâteuse, de l'anorexie, de la langueur musculaire, un peu de ténesme sans diarrhée; péritonites chroniques chez quelques uns. La forme lente ne succédait qu'aux dysenteries apyrétiques; l'existence de la fièvre pendant la période aiguë préservait de cette triste terminaison.

Nécropsie. L'estomac n'a jamais offert de lésions constantes. La fin de l'intestin grêle seulement présentait ses valvules saillantes, rouges, comme formées de tissu érectile avec quelques ulcérations non folliculeuses et des boursouflemens grisâtres. Mêmes altérations dans le cœcum. Gros intestins durs, épaissis, ne se déprimant pas sous le doigt; tunique péritonéale saine; boursouflemens grisâtres, noirâtres, hypertrophie de la tunique moyenne, quelques ulcérations; ramollissement des portions de muqueuse non épaissie; rate ramollie et poisseuse.

Traitement. Les anti-phlogistiques (saignées générales, sangsues sur le ventre et à l'anus) ont toujours échoué et nui si ce n'est dans quelques cas chez des sujets jeunes, vigoureux, pléthoriques, lorsque la fièvre était haute et franche. Les opiacés ont bien réussi dans la première forme. Dans la deuxième, ils ont contribué à adoucir le ténesme; dans la troisième, complétement inutiles.

Personne n'a osé prescrire les sels neutres dans la troisième forme. Dans la deuxième, ou lorsque la troisième était moins foudroyante, les sulfates de soude ou de magnésie à la dose de une once, unis à égale quantité de manne, amenaient des selles abondantes, faciles, sans épreintes, ni ténesme, puis la cessation de tous accidens en 24, 48 et 72 heures: s'ils reparaissaient, une nouvelle dose les calmait sans retour. Dans le cas de saburres manifestes, quelques grains d'ipécacuanha ajoutés au cathartique procuraient

des vomissemens avec sueurs, quelques selles, et le mieux se manifestait. Les purgatifs salins ont eu aussi plus de succès qu'aucune autre médication dans la forme chronique.

La réussite de cette médication a été subordonnée à l'influence des lieux. Ainsi tandis que dans telle localité elle était toujours rapidement avantageuse, à quelques lieues de là, elle aggravait les accidens. Si des malades traités avec dommage par les sels neutres dans ces dernières circonscriptions étaient transportés dans les premières, ils jouissaient du bénéfice inexplicable par lequel les purgatifs y avaient droit d'efficacité, sous condition de perdre ce privilége à quelques lieues de rayon.

Collationnons, puisque je l'ai promis. Et d'abord, cette subintrance du choléra et de la dysenterie, puis cette espèce de rivalité des deux affections, enfin cet ascendant de la dernière qui retient néanmoins encore des surcharges et des anomalies symptomatiques qui attestent la fusion de deux génies épidémiques et altèrent les caractères natifs de la dysenterie, cette transformation, dis-je, est-elle une spéculation de l'esprit, ce qu'on appelle une entité? Non, et de nos jours on la retrouverait reproduite de mille manières, si on la cherchait. Sydenham, qui n'avait pas de raison pour ne pas l'observer, nous en rapporte entre mille, un exemple très détaillé et parfaitement semblable à ce qu'a observé M. Guéretin : C'était aussi au mois d'août, de l'année 1669; le choléra indigène avait régné pendant l'été, lorsqu'il dégénéra en une dysenterie dont on pourrait assez bien rapprocher les phases et le traitement de celle que nous étudions. Qu'un été constamment chaud, soit favorable au développement de la dysenterie, Hippocrate l'avait déjà noté : *Post diuturnas siccitates et æstus nimios, alvi fluxus, dysenteriæ, etc.*

Faisons en passant une remarque que Stoll n'avait pas oublié d'invoquer à une autre occasion, (pour appuyer ses idées sur l'identité de nature du rhumatisme et de la dysenterie) et qui jette un intervalle immense entre les fièvres graves et la dysenterie, savoir, que celle-ci frappe sans acception d'âges et sans laisser le dédommagement de l'immunité. Parmi les causes efficientes, M. Guéretin note surtout, l'impression du froid, le contact des pieds sur la terre en sortant du lit; cette condition paraissait indispensable à Stoll : « *Nunquàm accidisse hunc morbum vidi, nisi si corpori sudore mananti incautè admissum frigus fuerat.* »

La première forme décrite par le praticien d'Angers est celle que Sydenham traitait sans le secours des minoratifs par quelques lavemens de petit lait chaud, quelques gouttes de son laudanum, et qui probablement encore se serait passée de cette douce médication. Mais personne n'en a mieux que Stoll représenté les traits simples, le caractère éphémère. Il les appelait *dysenteriæ indolis serosæ, impermixtæ;* elles n'offrent, dit-il, aucune indication spéciale; leur traitement est tout domestique : *solus aquæ tepidæ potus, cùm tenuissimo victu aut tenue infusum theæ, etc.* Elles étaient pour lui synonymes de *rheuma intestinorum*, (expression déjà employée par Cœlius Aurelianus pour désigner la même affection) c'est pourquoi il les traitait avec succès par de doux diaphorétiques.

La seconde forme est celle qui est le plus communément décrite par tous les nosologistes dont le moindre défaut est de ne s'occuper que des types; celle que Sydenham attaquait suivant les régles les plus saines de la doctrine thérapeutique des élémens, bien avant que Barthez eût formulé sa méthode analytique, et plus sobrement que lui, précisément parce qu'il ne s'était compromis d'avance par aucune des formules trop prétentieuses, de l'Ecole de Montpellier. La saignée, les purgatifs, les parégoriques, dans des proportions variables suivant les constitutions individuelles et épidémiques, tels étaient les moyens dont il disposait avec un admirable discernement : « *Primùm acres humores sectâ venâ immediatè revellere; quo facto, insuper reliquam massam contemperare, tùm etiam dictos humores per cathartica subducere.* » C'est à cette forme, que répond aussi la deuxième espèce de Stoll, celle qu'il croyait résulter du concours, et de la première comme fond, comme substance, et d'une forme ou bilieuse ou muqueuse, ou putride ou maligne imprimée par la constitution régnante.

Alors, il ne se contentait plus du traitement simple et celui qu'il employait était en résumé celui de Sydenham, celui qui a eu tant de succès dans l'épidémie de Maine-et-Loire. S'il fallait invoquer Pringle et Zimmermann, leur pratique viendrait encore déposer hautement en faveur de cette médication; mais l'autorité d'Hippocrate est ici bien plus précieuse, parce que c'est une autorité vierge : « *In quibusdam dysenteriis evacuante remedio opus est, in aliis verò in quibus dolor detinet, partes sub umbilico multâ calidâ lavare.* » Cet homme a tout vu!

La forme chronique et les cachexies que laisse après elle la dysenterie ont été bien observées par M. Guéretin. Nos prédécesseurs à dater d'Hippocrate avaient tous remarqué que les rhumatismes chroniques, les hydropisies restaient principalement sur ceux qui avaient été intempestivement traités par les astringens et les opiacés au début, et chez qui les purgatifs n'avaient pas changé *la dysenterie* en une *diarrhée* salutaire : je ne donnerai pour apostille à cette importante remarque que l'aphorisme suivant dont il n'est pas besoin d'indiquer la source : « *Quibus tormina et circà umbilicum dolores, et lumborum dolor qui neque purgante neque aliter solvitur, in hydropem siccum firmatur.* »

Le chapitre des nécropsies est dans le mémoire de M. Guéretin ce qu'il est dans tous les auteurs qui ont ouvert les dysentériques : les lésions sont si apparentes, si grossières, si identiques! Une des observations les plus importantes de cette histoire est sans contredit, le succès topographique, si je puis ainsi dire, des médications. Qu'on déverse maintenant le ridicule et le blâme sur les *tâtonnemens* du grand Sydenham! Stoll (je n'ai jamais compris les reproches qu'on adresse *à sa monomanie polycholique* : c'est à mon avis le praticien le plus flexible, le moins esclave de ses opinions), de 1776 à 1781 n'a jamais traité ses dysenteriques de la même manière d'une année à l'autre, sou-

vent même, il était obligé de modifier sa thérapeutique plusieurs fois dans la même saison : «.... *Magnas non solùm diversis æstatibus, sed eâdem quoque tempestate differentias dysenteriarum viderem, non illas accidentales quæ methodum medendi non mutant, sed quæ alium quasi morbum faciunt aliâ sanandi ratione....*» Le docteur Smith, d'Edimbourg, a rapporté l'an dernier une particularité semblable à celle que mentionne M. Guéretin : ainsi, le calomel qui l'année d'avant avait merveilleusement réussi dans le traitement des dysenteries, nuisait l'année d'après, administré dans les mêmes circonstances appréciables. Une chose remarquable, c'est qu'aucun auteur systématique, depuis Thémison jusqu'à nos jours n'a voulu s'accommoder de ce fait si généralement observé : c'est qu'il les a toujours singulièrement embarrassés! Que M. Guéretin se console de n'avoir pu par aucun moyen conjurer les tendances, si rapidement fatales, des dysenteries du début : (celles qu'il a rapportées à la troisième modification) : il paraît que dans toutes les épidémies, les premiers coups frappent à mort, avec des caractères de malignité, un appareil nerveux intraitable qu'elles dépouillent peu à peu pour revêtir sur le milieu et sur la fin des formes plus calculables, plus humorales ; je laisse parler Sydenham: «*Porrò observandum est quòd epidemici omnes ubi primùm è naturæ sinu emergunt exsiliunt que, principio magis spirituoso ac subtili videntur inhærescere, quàm ubi jàm adoleverint, quò que magis ad occasum vergunt, eò magis in dies crassi atque humorales fiunt.*» A mon avis, ce passage est un de ceux où Sydenham s'est élevé le plus haut ; Stoll rencontrait aussi des dysenteries qui n'obéissaient à rien : « *Dysenterias quasdam nullum hùc usque cognitum remedium sanabat.* » Il me reste quelques remarques à faire ou plutôt quelques questions que je livre aux réflexions des médecins :

Comment se fait-il que dans une maladie où les intestins sont *horriblement enflammés, ulcérés*, etc.... on n'observe point ou presque point de fièvre (*vix febricula* (Stoll), *apyrexia, seu identidem febris male morata* (Syd.); tandis qu'elle est si violente et si continente dans la dothinentérie où les lésions intestinales sont presque nulles en comparaison ?

Pourquoi chez les malades de M. Guéretin, ceux qui fébricitaient étaient-ils plus tôt guéris et ne conservaient-ils pas de cachexie (Observation faite aussi par Stoll)?

La diarrhée et la dysenterie se répugnent : quand la première cesse la deuxième commence. Quoi de plus propre à fonder l'indication rationnelle des purgatifs ?

Mais j'oublie que je ne suis chargé que d'une analyse...

Maintenant que le mémoire de M. Guéretin a reçu la sanction de nos trois plus grands épidémistes, sa valeur est grave, elle est impérissable. C'est ainsi que je comprends la méthode numérique.

Mémoire sur le rapport qui existe entre la direction du conduit nourricier des os longs et l'ordre suivant lequel les épiphyses se soudent avec le corps de l'os, par M. Bérard jeune.

Depuis Bichat, nos anatomistes sont en général si secs et si étroitement resserrés entre les limites étymologiques du mot, que c'est un heureux délassement pour l'esprit de s'arrêter de loin en loin dans cette science sur quelque point un peu élevé d'où il soit permis de découvrir un certain champ pour l'induction et l'application. M. Bérard jeune, frappé de cette singularité, savoir, qu'aux membres supérieurs, ce sont les extrémités des os du bras et de l'avant-bras qui se touchent au niveau du coude et qui se réunissent les premiers avec la diaphyse, tandis qu'aux membres inférieurs, ces mêmes extrémités qui se rencontrent au niveau du genou, sont celles qui restent le plus long-temps séparées; remarquant en outre que, relativement à la direction des vaisseaux nourriciers du corps des os longs, ceux qui se répandent dans le canal médullaire des os du membre supérieur convergent vers le coude à travers l'épaisseur des parois de l'humérus, du radius et du cubitus; ceux au contraire du canal médullaire du fémur et du tibia, divergent par rapport au genou, soupçonna qu'il pouvait y avoir corrélation entre ces deux dispositions : d'une part, l'époque à laquelle l'épiphyse se réunit à la diaphyse; de l'autre, la direction de l'artère nourricière de l'os, et formula la loi suivante : *Des deux extrémités d'un os long, c'est toujours celle vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui se soude la première avec le corps de l'os.* Après avoir constaté l'uniformité de ce fait sur tous les os longs, M. Bérard se demande si cette priorité d'ossification tient à ce que l'extrémité qui se soude la première est plus rapprochée de l'artère que l'extrémité opposée qui reçoit le sang d'une division du tronc principal, et il rejette ce mode d'explication ; ou bien, si elle est due à ce que la réflexion à angle très aigu de cette division apporte un obstacle relatif à la rapidité de l'abord du sang dans l'extrémité la plus lente à s'ossifier, et il adopte cette hypothèse. Les belles démonstrations à l'aide desquelles Bichat établit que les courbures des vaisseaux n'exercent aucune influence sur la vitesse avec laquelle le sang les parcourt, ne semblent pas en imposer à M. Bérard qui leur oppose les raisonnemens, suivant lui péremptoires, de plusieurs physiologistes. A cette occasion, je viens de revoir les pièces du procès, et gain de cause m'a paru de nouveau acquis à Bichat : sa théorie de la circulation est restée debout ; mais la question n'est pas là : la loi posée par M. Bérard me semble susceptible d'intéressantes applications à la pathologie et à la thérapeutique des fractures, du décollement des épiphyses, de la résection des os, etc... On sent et de reste l'importance possible de ces applications et la logique toute naturelle qui peut y conduire. J'appelle l'attention de M. Bérard sur cette voie ouverte à la fécondation des lois d'ostéogénies qu'il a établies.

Quelques faits de médecine pratique; observations thérapeutiques sur diverses névralgies.

M. Mondière a groupé dans ce mémoire trois observations de névralgie utérine intermittente, une de névralgie sciatique et deux de névralgie temporo-faciale. Je vais le suivre au milieu des points les plus principaux de son exposition et de ses conclusions.

Appeler une certaine maladie de l'utérus, *névralgie intermittente*, c'est un progrès, toute une

profession de foi, c'est s'annoncer praticien... Il y a donc une affection de la matrice, avec douleur même très vive à la pression; hypogastre tendu, col utérin chaud et congestionné, face grippée, etc..., qui ne soit pas une métrite? Oui, certainement, et moi qui suis bien jeune, j'en ai déjà vu plusieurs exemples qui ne ressemblent guères plus à une phlegmasie utérine qu'une céphalalgie à un érysipèle du cuir chevelu. Ainsi, l'auteur du mémoire rapporte le cas d'une dame qui, après un émotion morale, éprouve du frisson, des douleurs atroces à la région utérine avec irradiation dans les aînes et les lombes, exacerbantes, expulsion à chaque redoublement de flocons muqueux par le vagin, hypogastre rénitent et très sensible, et apyrexie; un appareil anti-phlogistique énergique est employé: tout se dissipe; le lendemain à la même heure, mêmes accidens, même intermission, puis le surlendemain encore : enfin le quinquina est administré et rien ne reparaît. Le médecin est bien heureux quand il a pour source d'indication une périodicité aussi franche; mais, quand les accès ne sont que rémittens, sub-intrans, continus comme cela arrive, où sont les élémens du diagnostic différentiel? Je les laisse entrevoir en peu de mots : les métrites aiguës spontanées sont très rares. Quand le péritoine n'est pas intéressé, les douleurs ne sont qu'obscures et gravatives; si cette membrane est compromise, l'état général le révèle suffisamment; le corps de la matrice est aisément senti au dessus des pubis, et puis une névralgie utérine a presque toujours été précédée de névralgies dans d'autres points; névralgies que quelquefois elle a remplacées, et alors les femmes ne se méprennent pas sur le caractère de la douleur. Elles vous disent (presque toutes sont chlorotiques ou anémiques), que c'est leur migraine, ou *leur rage de dents* (elle appellent ainsi leurs névralgies temporale ou maxillaire) qui s'est portée sur le bas-ventre. Fiez-vous à leur dire; car une douleur est un fait immatériel, dont elles seules sont juges. Ne vous exposez pas à cette judicieuse et embarrassante observation : « *Mais, docteur, vous ne me mettiez ni cataplasmes, ni sangsues sur la tête!* » Avec toute votre science, vous pourriez bien chercher long-temps la réponse. J'ajoute que le quinquina n'est pas seulement indiqué par la périodicité bien nette des accès; et qu'il réussit même, alors que les douleurs reviennent à des intervalles rapprochés et irréguliers, sans intermission absolue. Les injections vaginales avec les décoctions de solanées vireuses, les lavemens laudanisés jouissent alors d'une action prompte et très favorable à l'usage ultérieur du quinquina. M. Mondière rapporte un cas de névralgie sciatique rebelle à plusieurs traitemens, et qui a cédé promptement à l'acétate de morphine par la voie endémique. J'ai déjà dit, dans le numéro de mars, la préférence qu'il fallait accorder au sulfate et à l'hydrochlorate dans ces cas, et pourquoi; je le répète, malgré le succès obtenu ici par M. Mondière, parce que j'ai vu des résultats comparatifs assez nombreux, et que ce praticien, n'ayant employé que l'acétate, ne connaît pas la puissance relative des deux autres sels. M. Mondière se sert de cantharides pour dénuder le derme. Je signale à ce procédé deux inconvéniens : le premier, de laisser le malade vingt-quatre heures de plus sous le poids de ses douleurs (*fulgura doloris*), tandis qu'avec de la pommade ammoniacale bien faite (à 22° au moins), il suffit de trois ou quatre minutes pour obtenir une surface propre à absorber le narcotique; le second, c'est qu'il est impossible de surveiller l'action vésicante des cantharides, et que presque toujours le corps muqueux est altéré, s'enflamme, et on sait que le travail phlegmasique qui s'établit alors s'oppose plus ou moins à l'absorption. Le traitement employé ici est sanctionné par bien des succès analogues; mais je suis loin de croire, avec M. Mondière, qu'il suffise à la cure radicale des névralgies sciatiques. Rarement je l'ai vu ne pas avoir besoin d'auxiliaires énergiques et long-temps continués. Le quinquina à hautes doses, les pilules de Méglin, les moxas, les douches de vapeur réclament ce moyen, avant de pouvoir être utiles; mais seul et sans eux, celui-ci procure difficilement une guérison complète. Enfin, vient un cas de névralgie temporale et oculaire chez une chlorotique, guéri par la même médication unie aux toniques.

—

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

Du dernier numéro de décembre, de ceux de janvier et février, nous mentionnerons seulement les articles suivans :

De l'usage du miel dans le traitement du carreau. — Le miel, administré par toutes les voies ouvertes à l'absorption, serait, suivant M. Fuster, un remède souverain contre le carreau. Les praticiens peuvent, en quelque temps, confirmer ou annuler cette prétention. De pareils essais sont d'autant plus légitimes, que jusqu'ici la scrophule mésentérique est assez rebelle, et que d'ailleurs le miel pourra tout au plus être insignifiant s'il n'est pas utile. C'est appuyé sur *deux ou trois faits*, qu'il ne prend pas la peine de raconter, que M. Fuster prône les vertus anti-tuberculeuses du miel. D'abord, *deux ou trois faits* ne sont rien, quand il s'agit d'investir de propriétés thérapeutiques très énergiques un aliment aussi inoffensif que le miel; ensuite, est-ce donc chose si simple que le diagnostic différentiel du carreau, au point où il est encore révocable par les ressources de l'art? Si, *deux ou trois* enfans, étant donnés, empreints du cachet strumeux, éprouvant des lésions fonctionnelles du tube digestif, avec tuméfaction du ventre, etc., je les voyais se guérir en même temps que j'offrirais du miel à tous leurs absorbans, je n'oserais, en vérité, pas conclure que je les ai délivrés du carreau. Le temps saura bien nous dire si j'aurais raison.

Note sur un nouveau purgatif chez les enfans, etc., par M. Constant. — Il est si malaisé d'accommoder les purgatifs à la susceptibilité et aux répugnances invincibles des enfans, l'indication de les administrer se présente de plus si souvent, que c'est une véritable conquête qu'une préparation qui n'a que les avantages sans les difficultés. La formule suivante paraît, d'après de nombreux essais faits à l'étranger et en France, atteindre très heureusement ce but.

℞ Huile de croton-tiglium . . deux gouttes.
Sucre blanc. . . . . deux gros.
Gomme arabique . . . } āā un demi-gros.
Teinture de petit cardamome (ou d'anis, de canelle, etc.). . . }
Eau distillée. . . . . Q. S.

Faites une potion d'une once et demie, dont on donnera deux ou trois cuillerées à café toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à évacuations abondantes.

De l'emploi des douches dans le traitement de l'engorgement inflammatoire chronique du sac lacrymal, par M. Carron du Villards. — Un examen attentif a convaincu M. Carron que les fistules lacrymales sont bien plus rares qu'on ne le croit généralement, et que, suivant l'expression de Boyer, on se fait souvent planter des canules dans le nez, alors qu'on n'a que de simples tumeurs lacrymales, et l'auteur de cette petite note a souvent guéri, par le moyen qu'il propose, des gens destinés à être opérés. Ce moyen s'emploie comme il suit : Après avoir par les topiques connus apaisé l'inflammation, M. Carron isole, avec de petits embouts en cuir bouilli ou en caoutchouc, la tumeur lacrymale, puis dirige sur elle, à l'aide d'une seringue à jet continu, un filet de liquide tiède, quelquefois unique, ou bien multiple et en arrosoir. La force et la durée de ces douches doivent être graduées : d'abord le jet en arrosoir sera ménagé et ne durera que quelques minutes ; puis on isolera la colonne, qui sera projetée avec plus de force et pendant plus long-temps. Il est souvent utile de se servir d'eau de Baréges coupée ou pure. Quand même de nombreux faits n'attesteraient pas les avantages de ce procédé, il aurait en sa faveur le suffrage de l'analogie.

—

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(*Janvier et février.*)

Nous ne nous occuperons aujourd'hui que de l'article suivant :

Des maladies régnantes à Paris. — L'auteur de cet article signale le caractère de la constitution atmosphérique à laquelle nous commençons à échapper, ainsi que la relation qui existe entre cette température inopportune, bigarrée, successivement ou dans le même jour froide, humide, chaude, traversée de vents impétueux, de neige, de coups de soleil, etc., et les formes correspondantes des maladies qui ont participé à cette fâcheuse inconstance de la saison. En premier lieu, disons que les maladies que nous amène l'hiver ne se sont montrées qu'en très petit nombre et défigurées. Si nous ne lui avons pas payé son tribut de pleurésies, de pneumonies, etc., c'est que le thermomètre est rarement descendu au dessous de zéro ; mais en revanche, nous avons eu des fièvres typhoïdes, des péritonites puerpérales, d'un caractère très grave. L'appareil phénoménal des premières avait perdu de sa régularité, les septenaires se confondaient ; les réactions, au lieu d'être confiées aux organes circulatoires et aux surfaces cutanée et muqueuse, semblaient s'accomplir par les centres nerveux, au point d'en imposer pour des affections idiopathiques du cerveau, par exemple. Les prodrômes étaient longs, les dérangemens des fonctions digestives, la débilité et le trouble des forces nerveuses y jouaient le principal rôle. Les malades qui n'entraient pas en convalescence à la fin de la seconde semaine succombaient presque tous avec la forme ataxo-adynamique de Pinel. Quelques symptômes de surcharge gastrique donnaient à ces fièvres de l'analogie avec celles de l'été et de l'automne. Quant au traitement, je n'ai pas été peu surpris de lire ce qui suit : « *Dans cet état, le meilleur moyen, le plus sûr et le plus efficace, ce sont une ou deux saignées, suivies immédiatement d'un vomitif. Nous ne promettons pas trop, en disant, que le concours de ces deux agens thérapeutiques coupera court à la fièvre, dès son début, dans les trois quarts des cas . . . . .* » Je suis loin de nier l'influence heureuse que peut avoir une telle médication, employée à propos. Je prie seulement les lecteurs de se rappeler une remarque historique que je leur soumets : Hippocrate, comme on peut le voir dans ses épidémies, n'avait pas la prétention de *faire avorter* les fièvres, que plus tard on a appelées *synoques*. Dans son traité, tout récent, de la fièvre typhoïde, M. Chomel ne paraît pas même y songer. Les vingt-deux siècles et demi qui séparent ces deux ouvrages n'offrent pas un exemple authentique d'un pareil prodige ; ce qui, on en conviendra, atténue considérablement la valeur du passage que j'ai cité. Je le répète, cette médication peut être utile ; mais quand elle a *fait avorter* la fièvre, que sous son influence, la maladie *n'est pas allé au delà*, c'est qu'on n'avait pas à faire à une maladie qui, suivant l'auteur du mémoire, a pour caractères anatomiques l'*ulcération des glandes de Peyer et de Brunner*.

Les névralgies et les affections rhumatismales ont occupé une grande place dans les maladies de cet hiver, et on voit pourquoi. Les péritonites puerpérales ont fait succomber un grand nombre de nouvelles accouchées à la Maternité et aussi en ville. Les stimulans diffusibles, les épispastiques, les chlorures, l'eau de seltz sont cités comme ayant rendu des services dans cette épidémie.

Comment, en lisant la relation de cette constitution médicale, où, je me plais à le répéter, les rapports des objets ont été vus avec discernement, ne pas se rappeler cet aphorisme du vieillard de Cos ? Le temps n'y a rien changé : « *In constantibus temporibus, si tempestivè tempestiva reddantur, constantes et judicatu faciles fiunt morbi : in inconstantibus autem, inconstantes et difficiles judicatu.* »

H. Pidoux, D.-M. P.

JOURNAUX ITALIENS.

Antologia medica (Juillet 1834).

Amputation de presque toute la mâchoire inférieure, par le docteur Georges Regnoli, *professeur de clinique chirurgicale et d'opérations à l'université de Pise, communiquée* par le docteur M. G. Levi.

Sébastien Magna, âgé de 48 ans, marin, sans

être d'une constitution robuste, n'avait jamais éprouvé de grande maladie; seulement il souffrit à l'époque de l'adolescence des maux de dents qui, en 1828, nécessitèrent l'évulsion de la troisième molaire inférieure du côté gauche. La gencive en cet endroit ne se rétablit point, et il y survint, en 1829, une petite tumeur dure, immobile et indolente. Cette tumeur ne faisant point souffrir fut négligée et acquit en moins d'un an le volume d'un œuf de poule. Alors le mal commença à prendre de la gravité. Une hémorrhagie qui se renouvela trois fois en un jour décida le malade à s'adresser à un charlatan, qui employa des injections, la cautérisation, et fit l'extraction d'une dent pour mieux attaquer la tumeur. Ce traitement aigrit le mal et le fit croître davantage sans pourtant le rendre plus douloureux. Magna ne manquait pas, quand il abordait à Marseille, à Nice, à Bastia, à Livourne, de consulter les chirurgiens les plus renommés; mais tous reculaient devant l'amputation d'une tumeur ancienne, facile à supporter, et dont les racines se perdaient à une profondeur incalculable. Au mois de novembre 1833, la tumeur donna, pour la première fois, des inquiétudes sérieuses; une douleur lancinante s'y faisait sentir, les hémorrhagies devenaient fréquentes et, pour donner une idée de l'état des parties intéressées, il suffira de dire que la bouche était obstruée par des fongosités au point de n'avoir plus qu'un demi-pouce d'ouverture possible. Cependant, la fièvre n'était point encore allumée, ni le teint altéré le 14 mars 1834, jour de l'entrée de ce marin à l'hôpital de Pise.

Le docteur Regnoli reconnut une tumeur cancéreuse, passée en partie au ramollissement, fixée par une base étroite vis-à-vis la troisième dent molaire inférieure gauche, et se portant de la symphise du menton à la branche montante de la mâchoire. Pour en sonder le fond, il enfonça un bistouri dans une matière qui s'était formée à la région parotidienne d'où il sortit une certaine quantité de pus, ce qui réduisit d'autant le volume de la tumeur, mais cette réduction ne fut que momentanée; des fongosités eurent bientôt comblé le vide et au delà. Dès lors, fièvre, frissons, perte de l'appétit et diarrhée : ce dernier accident fut attribué à la résorption du pus plutôt qu'à la diathèse sur les intestins. Effectivement la diarrhée disparut par le soin qu'on eut d'absorber aux pansemens avec la charpie toute l'humeur purulente. Ce cancer est nommé *hémato-médullaire du périoste*, et fit le sujet d'une consultation.

Les consultans décidèrent à l'unanimité que ce cancer, dont le germe venait d'éclore, était susceptible d'être enlevé, et, pour le procédé opératoire, on s'en rapporta au chirurgien qui désarticulerait l'os maxillaire inférieur, ou le scierait au dessous de l'apophyse coronoïde, en prenant avis des circonstances.

Avant. Le docteur Regnoli donne une médecine de précaution et fait l'opération dans sa tête. Il s'exerce à désarticuler la machoire et à scier la branche ascendante, quoique la dissection sur le cadavre ne simule guère le manuel sur des parties défigurées par une longue maladie. Il renonce à lier préliminairement l'artère carotide primitive à l'exemple de Mott, Cusack, Graefe et Gensoul; ce serait deux opérations majeures pour une. Il saura bien lier les artères au fur et à mesure, et se sentant maître du succès, il se met à l'œuvre dans l'amphithéâtre d'anatomie en présence d'un nombreux concours de docteurs et d'étudians.

Pendant. Le malade, placé sur un siége, avait la tête appuyée et fixée contre la poitrine d'un aide, tandis qu'un praticien habile se tenait au côté gauche prêt à comprimer la carotide primitive. L'opérateur muni d'un bistouri à tranchant convexe, circonscrit la tumeur dans une ellipse par deux incisions, depuis l'articulation maxillo-temporale jusqu'au dessous de la symphise du menton. Il dissèque et isole l'énorme tumeur vers sa base avec la précaution de déchirer le tissu cellulaire, afin d'éviter l'embarras de l'hémorrhagie. Tout le fond du mal mis à découvert, la scie à chaîne de Jeffries de Glascow, passée dans la bouche vis-à-vis la seconde dent incisive inférieure gauche, au moyen de l'aiguille, servit à faire la section de la mâchoire de dedans en dehors; on détacha les parties adhérentes avec un bistouri étroit porté tout ras de la face interne de l'os pour ne pas blesser le nerf lingual et l'artère maxillaire interne, pendant que la langue était repoussée à droite et la tumeur à gauche. On parvint ainsi au milieu de la face interne de la branche ascendante, sans avoir eu à lier en chemin que de petites artères. On détacha ainsi la tumeur de ses adhérences, en arrière, à l'apophyse mastoïde et à la glande parotide. Alors on fut à même de voir que l'articulation s'était conservée saine. Le parti à prendre n'était plus douteux : le bord postérieur de la branche ascendante d'abord reconnu, on porta le doigt tout près et au dessous du condyle, et on dénuda la surface où s'implantait le masseter déjà aminci, décoloré et fongueux; là, on amena la scie à la suite de l'aiguille sur la place qui lui avait été faite, puis on scia l'os d'arrière en dedans. Il y eut ensuite quelques vaisseaux à lier, entre autres l'artère faciale, quelques points altérés à enlever dans les chairs, et enfin à cautériser avec un bouton de feu le contour du fragment osseux qui pouvait se trouver entaché.

La plaie était d'un aspect horrible en profondeur et en surface, il avait fallu mettre à nu une bonne partie du sterno-cleïdo-mastoïdien. On plaça une couche de charpie aux endroits de la cautérisation, on fit quelques points de suture à la peau pour assurer un parfait contact entre ses bords et le pansement s'acheva assez simplement avec des compresses et une longue bande. L'opération dura onze minutes, le patient montra beaucoup de courage; il se leva et eut la force d'aller à son lit.

Après. Un étudiant fut placé auprès de l'opéré; on redoutait surtout les convulsions et l'hémorrhagie, cependant la journée fut tranquille : il survint une garde-robe abondante; la douleur cessa d'être cuisante passé quatre heures, et le pouls ne s'éleva que dans la soirée; le sommeil fut meilleur qu'auparavant.

4e *jour.* Fièvre, gonflement et douleur à toute la région de la plaie; difficulté et parfois impossibilité d'avaler. Ce dernier accident n'étonnait pas, on avait été obligé de porter le bistouri jusques dans le gosier, d'intéresser le constricteur supérieur du pharynx à son attache à la mâchoire inférieure. Exacerbation le soir; *sai-*

gnée du bras, relâchement du bandage; et comme la diarrhée avait reparu, on donna un demi-grain de sulfate de morphine en lavement.

5e *jour.* Selles liquides, fétides et noirâtres, peut-être à cause du sang qui avait été avalé pendant l'opération.

6e *jour.* Peu de fièvre, deux cordiaux sont avalés sans trop de douleur.

7e *jour.* Levée de l'appareil; la réunion des tégumens se fait plus exactement avec les parties subjacentes qu'aux bords de la plaie. Lavement avec demi-grain de sulfate de morphine pour mettre fin à la diarrhée.

8e *jour.* Apyrexie; suppuration louable. On enlève les points de suture et la charpie posée sur le fragment osseux.

9e *jour.* Les escharres de la cautérisation se détachent.

10e *jour.* Alimentation plus substantielle préparée avec du pain détrempé.

11e *jour.* Chute des ligatures.

12e *jour.* L'inflammation de la bouche et du gosier sont dissipées.

22e *jour.* Guérison complète.

Etat actuel. La difformité sans doute est grande après la perte d'une portion si considérable de la mâchoire inférieure; néanmoins la condition de l'opéré est satisfaisante à une fistule salivaire près. La mastication continue à s'exécuter, et bien que l'os maxillaire inférieur soit mobile, les mâchoires serrent un corps dur avec une certaine force, et la bouche a deux doigts d'ouverture possible.

Conclusions. Les grandes blessures ne sont pas toujours dangereuses et mortelles.

Ce que l'auteur conclut à l'occasion de l'amputation de la mâchoire inférieure ne nous apprend rien; nous savons tous que ce qui fait la gravité des plaies du crâne, c'est leur retentissement dans le cerveau, et cette complication n'est point à craindre dans les plaies de la face, fussent-elles faites par armes à feu.

2° *La mastication peut s'exécuter avec la moitié de la mâchoire inférieure;*

3° *Il est impossible d'extirper sans retour un fongus hémato-médullaire;*

4° *L'amputation de la mâchoire inférieure est praticable près de l'articulation sans crainte d'hémorrhagie et sans qu'il soit nécessaire de lier la carotide primitive.*

Le docteur Regnoli cite à l'appui de ses conclusions huit amputations de ce genre qui, à l'exception d'une seule, ont eu un plein succès entre ses mains.

Voilà un champ nouveau ouvert aux progrès de l'art: que les médecins opérans y fassent donc briller leur adresse, au lieu de la perdre en opérations extravagantes telles que la ligature de l'aorte, l'extirpation de l'utérus, etc.

L'OSSERVATORE MEDICO.

Péripneumonie guérie par le bain froid.

En attendant que les quatre commissaires nommés le 7 septembre 1834 par l'Académie médico-chirurgicale de Naples fassent leur rapport, le médecin inventeur de la méthode des boissons et des bains froids dans la fluxion de poitrine, continue sa pratique et en adresse une observation au journaliste, sous la date du 28 novembre dernier.

Le 18 octobre 1834, entra à l'hôpital de la marine royale, un jeune marin, Jean-Baptiste Esposito, affecté depuis vingt-quatre heures d'une péripneumonie; il était tombé de la proue d'un brigantin dans la mer et avait lutté quelque temps contre les flots.

Fièvre violente avec pouls dur et vibrant; grande difficulté de respirer, douleur gravative au côté gauche, coucher obligé sur le dos, toux avec expectoration de mucosités mêlées de stries de sang, altération des traits du visage, joues d'un rouge livide.

L'occasion était belle pour mettre en crédit la nouvelle méthode, et c'était le cas, ou jamais, d'appeler les commissaires de l'Académie, point du tout.

Quatre saignées copieuses, seize sangsues appliquées deux fois sur le point douloureux et quatre autres au siége, douze ventouses scarifiées posées deux fois sur le même point douloureux, large vésicatoire en cet endroit, sinapismes répétés à la plante des pieds, hydrogala, boisson nitrée, magnésie, solution de tartre stibié, etc., etc., il est vrai que cette médication n'empêche pas les progrès du mal et que le sixième jour de l'invasion le délire se déclare, les narines sont purulentes; si bien qu'il faut penser à un autre traitement, car on ne pouvait plus rien attendre des émissions sanguines. Et les bains froids! oui sans doute, mais le malade est si près de la mort, qu'échouer en cette rencontre, c'est attirer sur le novateur cruelles critiques et malédictions. Le médecin allait sortir de l'hôpital, n'espérant plus sauver son malade, quand il se ravise et veut se dévouer. Malheureusement ses collègues, les chefs de service, avaient déjà fini leur visite et il ne se trouvait aucun docteur pour constater l'état du malade, *quasi moribond.* Il les remplace par le chirurgien de garde et deux pharmaciens. C'est devant ces trois témoins et en présence d'une foule de curieux qu'il *plonge avec prudence le péripneumonique dans un bain dont l'eau est d'une fraîcheur au dessus de la sensibilité spécifique du malade.* D'abord la difficulté de respirer augmenta, puis revint bientôt à son premier degré; au bout d'un quart d'heure environ, le malade commença à greloter, alors on le retira du bain, on l'essuya et on le remit au lit.

Quelle fut la surprise de tous les assistans, en voyant le mieux survenu! le docteur Campagnano exprime la satisfaction qu'il éprouva, à sa visite, le lendemain matin; le mieux réel de la veille était décisif à présent. Un second bain un peu frais, *freschetto*, de la température du premier, aurait été inutile.

Le 8e jour de la maladie, hydrogala, nitre, magnésie.

Le 9e jour, légers alimens.

Le 12e jour, convalescence qui s'est parfaitement soutenue.

Le journaliste déclare qu'il ne s'en rapportera qu'au témoignage des médecins associés par l'Académie au docteur Campagnano et promet de mettre ses lecteurs au courant des résultats de la nouvelle méthode.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

The American journal of the medical sciences.

(*Novembre* 1834.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Histoire de six malades affectés de calculs vésicaux, chez lesquels la lithotripsie a été employée avec succès*, par le docteur Randolph ; 2° *histoire de l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à la Nouvelle-Orléans, pendant l'automne de* 1833, par le docteur Barlon ; 3° *maladies traitées à l'hôpital de Pensylvanie*, par le docteur Kirkbride ; 4° *remarques sur le cauchemar*, par le docteur Blanchard Fosgate ; 5° *de la pneumonie chez les enfans* (suite), par le docteur Gerhard ; 6° *sur l'adhérence et l'incorporation du placenta au tissu même de la matrice*, par le docteur Heustis ; 7° *cas de rétention du placenta*, par le docteur Chariton ; 8° *nouvel appareil pour les fractures de la clavicule*, par le docteur Kekeley ; 9° *de la force médicatrice de la nature*, par le docteur Dickson ; 10° *sur le traitement des plaies d'armes à feu*, etc., par le docteur Eve ; 11° *lésion par instrument tranchant des parties génitales chez l'homme*, par le docteur Junkin.

Lithotripsie. — Après avoir raconté avec détail les opérations qu'il a pratiquées, l'auteur réfute quelques une des objections faites à la lithotripsie. Il affirme que les fragmens de calcul abandonnés dans la vessie, au lieu de servir de noyau à de nouveaux calculs, sont usés, arrondis par l'action de la vessie et de l'urine, et perdent quelquefois assez de leur volume pour être expulsés par le canal de l'urètre. Il possède, dit-il, plusieurs preuves de ce fait, mais il n'en rapporte aucune.

Adhérence du placenta. — M. Heustis s'élève avec force contre le précepte donné par un grand nombre d'accoucheurs, d'attendre trente ou quarante minutes avant de procéder à la délivrance, lorsqu'elle ne s'opère pas par les seuls efforts de la nature. Suivant lui (il aurait pu ajouter suivant beaucoup d'autres), il ne faut point compter sur la matrice, déjà fatiguée, il faut surtout éviter l'effet moral que produit sur l'accouchée une délivrance tardive, et, au bout de quelques instans, si de légères tractions sur le cordon n'ont point déterminé la sortie du placenta, il ne faut pas hésiter à introduire la main dans la cavité utérine, et à saisir le délivre avec les ongles. Un léger mouvement de torsion suffit pour le détacher dans le plus grand nombre des cas ; quelquefois cependant il se déchire, et il en reste une portion plus ou moins considérable attachée à la surface de la matrice. En pareille circonstance, M. Heustis ne craint pas d'employer le chlorure de chaux concurremment avec les injections émollientes et mucilagineuses. Enfin, il peut arriver que le placenta présente une texture aussi ferme et aussi serrée que celle de l'utérus lui-même. Chez certaines femmes, cette particularité se présente à chaque grossesse. L'auteur l'attribue à une inflammation suivie d'un epanchement abondant de lymphe coagulable. Quand l'adhérence est portée à ce point ; il ne s'écoule pas de sang, puisque aucune partie du placenta n'est détachée. M. Heustis conseille d'abandonner alors le placenta à lui-même, et de se comporter comme dans le cas où il s'est détaché partiellement.

Nouvel appareil pour les fractures de clavicule. — Cet appareil, fort simple, consiste en une attelle de deux pieds de long et de trois pouces de largeur. A chacune de ses extrémités elle est percée de deux mortaises parallèles à sa longueur, et dans lesquelles passe une courroie ; une de ses faces est rembourrée. Cette attelle s'applique derrière le dos du malade, de manière que chaque paire de mortaises corresponde à la partie postérieure d'une des deux épaules. On entoure d'abord l'épaule saine avec la courroie, qu'on engage dans les brides d'un petit coussinet placé sous l'aisselle ; on en fait autant pour l'épaule blessée, à cela près que le coussinet est ici beaucoup plus volumineux, puisqu'il a pour but non pas seulement de protéger la peau du malade contre la courroie, mais encore de produire l'extension. Il suffit ensuite d'une cravatte pour maintenir le coude appliqué au corps. M. Keckeley assure avoir employé cet appareil avec succès chez un individu fort indocile ; on pourrait le mettre en usage dans les cas du même genre, et dans ceux où le dos, la poitrine ou le bras seraient le siége de blessures qui exigent un pansement fréquent, ou qui rendraient l'emploi du bandage ordinaire trop douloureux.

Plaies d'armes à feu. — M. Eve conseille de panser les plaies d'armes à feu, même récentes, avec le chlorure liquide de chaux ou de soude, mais particulièrement avec le dernier. Il le recommande surtout dans les cas d'hémorrhagies, de végétations fongueuses ; il veut qu'on en fasse des injections dans les trajets fistuleux.

Blessure des parties génitales. — Un homme de trente-neuf ans fut attaqué, la nuit, par un ennemi qui, aidé de deux nègres, lui infligea les blessures ci-après décrites. Saisissant le scrotum de la main gauche, il passa un couteau entre cette partie et la cuisse droite, et y fit, tout contre le pubis, une incision qui divisa l'urètre et la majeure partie du corps caverneux, laissant le scrotum attaché, en avant, à la partie inférieure du pénis. Le cordon spermatique du côté droit fut coupé un peu au dessus de l'épididyme. Une seconde incision, partant de la première à droite de la racine de la verge, fut dirigée, en avant de cet organe, vers l'épine iliaque gauche, mais n'intéressa guère que la peau. La peau du pénis fut renversée avec violence comme un doigt de gant, le testicule droit arraché, et le gauche complétement mis à nu ; la verge fut également dénudée jusqu'au gland. Ce fut en cet état que MM. Junkin et Pond trouvèrent le blessé. L'hémorrhagie, abondante d'abord, avait cessé complétement ; il fut impossible de recouvrir la solution de continuité avec la peau divisée, dont la rétraction avait été considérable. On entoura le pénis dénudé d'un linge enduit de cérat, et l'on recouvrit les parties de coton cardé. A

chaque pansement, la douleur était vive, mais elle se calmait au bout de quelques heures; l'urine coulait dans la plaie, le malade répugnant excessivement à l'introduction d'une sonde. Le cinquième jour, les urines prirent leur cours naturel, mais la plaie de l'urètre fut rouverte par une érection nocturne; cet accident fut promptement réparé par une nouvelle cicatrice qui, toutefois, rétrecit un peu le canal. Quelques symptômes abdominaux cédèrent à la saignée et aux antiphlogistiques. Au bout de deux mois et demi, la guérison était complète. Maintenant le scrotum est remplacé par une membrane de nouvelle formation, sans rides et sans poils; le testicule y adhère; le pénis est recouvert d'une pellicule analogue à la cicatrice d'une brûlure superficielle; le feuillet muqueux du prépuce, séparé violemment de son feuillet cutané, forme un bourrelet derrière le gland. La contraction du tissu cellulaire, située sous le membre viril, donne lieu, dans l'érection, à une espèce de corde, et à l'incurvation de l'organe; la section du frein a diminué cet inconvénient; depuis lors, les fonctions sexuelles s'accomplissent avec assez de facilité.

Luxation de l'axis sur la troisième vertèbre cervicale, par le docteur Spencer de Ticonderago (Boston, *med. surg. journ.*, vol. x, n° 11). — Le malade qui fait le sujet de cette observation a survécu quarante-huit heures à l'accident, et a joui, presque jusqu'à l'instant de sa mort, de la plénitude de ses facultés intellectuelles. Toutes les parties situées au dessous du col étaient privées, non pas seulement de mouvement, mais encore de sentiment: on enfonça des aiguilles dans divers points, sans que le blessé en eût la conscience. Il disait qu'il lui serait impossible de croire, s'il ne savait pertinemment le contraire, que son corps se composât d'autre chose que d'une tête (il ne pouvait en apercevoir aucune partie, à cause de la direction donnée à la face). Il ajoutait que jamais il n'avait été plus complètement exempt de toute sensation douloureuse. La respiration et la parole, à peine altérées dès l'abord, s'affaiblirent par degrés; néanmoins il articulait encore distinctement quelques minutes avant de mourir. La lenteur du pouls était remarquable.

Introduction de l'air dans les veines, par le docteur Wins. — M. Wins a lu devant la société médicale de perfectionnement, à Boston, le détail de quelques expériences tentées sur des animaux, relativement à l'introduction de l'air dans les veines. Voici les résultats: 1° un volume d'air, égal à celui d'un, deux ou trois gros de liquide, a été introduit, d'un seul coup dans la veine jugulaire de six lapins adultes. Les contractions du cœur ont été violentes, et la mort prompte. A l'autopsie, vingt minutes après la mort, on a trouvé le cerveau sain, sans injection; le poumon également sain et remplissant le thorax, mais très prompt à s'affaisser; les vaisseaux coronaires et le cœur fort injectés; les deux oreillettes et le ventricule droit remplis de sang mêlés d'air, ainsi que la veine cave; le ventricule gauche tout à fait vide. 2° Un volume d'air, équivalent à celui d'une once d'eau, fut introduit peu à peu, en dix minutes, dans la jugulaire d'un lapin, chaque coup de piston fut accompagné de gargouillement et de symptômes de douleur. L'expérience terminée, l'animal courut rejoindre ses compagnons, mangea, et ne parut nullement incommodé. 3° Mêmes résultats, en introduisant une quantité double d'air. 4° Une quantité triple, injectée rapidement, produisit des accidens graves; mais l'animal survécut. 5° Enfin, un volume d'air, égal à celui de six onces d'eau, ayant été introduit, les battemens du cœur devinrent énergiques, puis cessèrent tout à fait. La veine jugulaire, disséquée, acquit un volume énorme par la raréfaction de l'air contenu; on croyait l'animal mort; une large ouverture à la veine, par laquelle s'échappa beaucoup de sang mêlé d'air, le rendit à la vie.

La distension du cœur, l'occlusion imparfaite des valvules, le retour d'une certaine quantité de sang dans les ventricules paraissent à M. Wins les seules causes de la mort; mais comment se fait-il que le poumon et le cerveau ne s'engorgent point?

Grossesse précoce. — On lit dans le *Journal de médecine de Transylvanie*, l'histoire d'une jeune fille, née en 1824, réglée à un an, et mère à dix. Sa taille est de quatre pieds sept pouces anglais (4 pieds 2 à 3 pouces). L'enfant pesait sept livres trois-quarts; il a refusé de téter, bien que les seins de la mère soient très volumineux.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

Rust's Magazine für gesammte Heilkunde.

(42e volume, 1er cahier.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Urethro-cystolaparatomie; travaux relatifs à l'opération de la taille*, par le professeur Mandt, à Greifswald; 2° *Résection d'une partie de l'intestin rectum*, par le même; 3° *Remarque sur un cas d'accouchement rapporté par le docteur Wiegand*, par le docteur Schneemann, à Hanovre; 4° *Autopsie d'un enfant mort d'une affection vermineuse*, par le docteur Ibermayer; 5° *Rapport sur le choléra de* 1831, *a Berlin*, par le docteur Joël, 6° *Sur la question de savoir pourquoi la vaccine ne protège pas toujours contre la variole*, par le docteur Fischer, à Œlz; 7° *Nouvelles observations sur la guérison du pied bot par la section du tendon d'Achille*, par le docteur Stromeyer; 8° *Guérison d'une ankylose du genou par des moyens mécaniques*, par le même; 9° *De la différence de calibre entre les deux branches de l'artère pulmonaire et de la prédisposition qui en résulte aux maladies de l'un ou de l'autre poumon*, par le docteur Albert, à Bonn; 10° *Mélanges.*

Sur la guérison du pied-bot par la section du tendon d'Achille. — Dans ce nouveau travail, M. Louis Stromeyer n'ajoute rien, sous le rapport du manuel opératoire et du traitement mécanique consécutif, à ce que nous avons rap-

porté dans notre numéro d'avril 1834 (page 250). Seulement, il rappelle ce fait que les moyens mécaniques, sans la section préalable du tendon, n'obtiennent qu'avec lenteur le redressement du pied, et que, rien n'ayant été fait pour combattre le défaut d'équilibre entre les muscles extenseurs et les fléchisseurs, la difformité tend sans cesse à se reproduire. Il ajoute quatre observations nouvelles aux deux que nous avons déjà fait connaître; dans les quatre cas la guérison a été complète.

Guérison d'une ankylose du genou par un appareil mécanique. — Henri Cr..., de Bielefeld, d'une bonne constitution, fit, à l'âge de sept ans, une chute sur le genou. L'articulation s'enflamma, la suppuration fut abondante et se fit jour par plusieurs ouvertures. Au bout de quatre ans les trajets fistuleux se cicatrisèrent enfin, mais il resta une ankylose du genou. L'usage des bains et des douches d'eaux minérales de Pirmont, d'Eilsen, de Rothenfelds, de Mainberg, auquel on eut recours pendant les quatre années suivantes, apporta quelque diminution au gonflement du genou, et rendit à la rotule sa mobilité. En août 1833, le malade, alors âgé de 15 ans, fut présenté à H. Stromeyer. Le membre était fléchi presque à angle droit, et l'articulation était entourée de cicatrices profondes, adhérentes aux os. Aucun mouvement volontaire n'était possible, mais en employant une grande force on ne pouvait méconnaître une mobilité obscure. Cependant le malade marchait, à l'aide d'une canne, avec beaucoup de difficulté, en boitant, et en s'appuyant sur les orteils. On employa l'appareil suivant :

La cuisse et la jambe furent placées et maintenues au moyen de courroies bien rembourrées, dans une gouttière en tôle matelassée, qui entourait la moitié postérieure du membre. Cette gouttière s'étendait du pli de la fesse à la cheville; elle était composée de deux parties articulées au niveau de l'espace poplité par deux fortes charnières latérales. Un mécanisme que je n'entreprendrai pas de décrire, permettait d'augmenter ou de diminuer à volonté l'angle que les deux parties de la gouttière formaient entre elles. Je crois avoir dit ailleurs que j'ai vu employer une semblable machine à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans les cas de tumeur blanche; une simple roue dentée, qu'on tournait au moyen d'une clef, suffisait pour maintenir la gouttière au degré de flexion ou d'extension qu'on jugeait convenable. Quoi qu'il en soit, le malade de M. Stromeyer fut soumis à l'usage de cet appareil. Pendant le jour on étendait graduellement le membre, en donnant autant de tours de vis qu'il était possible, sans occasioner trop de douleurs; quelques heures avant le moment du coucher, on le ramenait dans le sens de la flexion avec les mêmes précautions et la même lenteur. En même temps on prescrivit des linimens composés avec le savon et l'hydriodate d'ammoniaque; on enveloppa l'articulation d'un bandage serré. Au bout des six semaines, le malade pouvait marcher en posant sur le sol la totalité de la plante du pied. On eut plus de difficultés à vaincre pour obtenir la flexion de la jambe, à cause de la disposition de quelques cicatrices adhérentes. Néanmoins ces cicatrices cédèrent peu à peu: les unes s'allongèrent; les autres *se séparèrent de l'os;* toute la peau du genou devint mobile, et l'on parvint à amener le talon à sept pouces de la tubérosité ischiatique. Après avoir ôté la machine, on astreignait le malade à monter et à descendre un escalier; enfin, au bout de sept mois, le malade retourna dans sa famille; la mobilité du membre s'étendait alors depuis la ligne droite jusqu'à un angle de 80 degrés. Il est remarquable que les muscles fléchisseurs ne portaient pas la flexion, à beaucoup près, aussi loin que la machine. Pendant tout le cours du traitement, aucun accident ne l'avait interrompu, si ce n'est un gonflement douloureux autour de la rotule qui céda à l'application de douze sangsues et de compresses froides.

MÉLANGES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 février.

Fœtus humain vomi par un enfant de trois ans. — M. Joannis Vouros a observé récemment, dans la ville de Syra, un fait des plus rares. Un enfant mâle, de trois ans et demi, souffrait depuis quelque temps d'une helminthiose assez grave. Dans la nuit du 27 octobre, après avoir vomi plusieurs fois, il a fini par rendre un embryon humain. Ce médecin a constaté que c'était un embryon qu'on lui présentait, et la police qui soupçonnait quelque fraude, a fait faire des recherches, d'où il est résulté qu'il n'y avait eu aucune supercherie.

A cette occasion, M. Geoffroy Saint-Hilaire fait la communication suivante : M. Giraudet, médecin à Cusset près Vichy, a été témoin d'un fait tout semblable dans le courant de juin dernier. J'étais sur les lieux, dit cet académicien, et j'ai reçu au moment le produit vomi, que j'ai apporté conservé dans la liqueur, et examiné avec M. Milne-Edwards; c'était une môle sans distinction d'organes spéciaux.

— M. Dugès lit un mémoire sur la coexistence de deux systèmes d'appareil respiratoire dans certaines aranéides.

Colle de poisson. — Si l'on fait, dit M. Gannat, macérer dans l'eau, pendant vingt-quatre heures, de la colle de poisson, la quantité de liquide absorbé est égale au poids de la matière immergée, si l'on se sert d'eau commune, et huit fois plus considérable, si l'on se sert d'eau distillée; le gonflement qui en est la conséquence se manifeste dans des proportions analogues.

Ce fait une fois constaté, il était facile d'en tirer une conclusion importante pour cette partie de l'opération du tannage, que l'on appelle *le gonflement;* en effet, dans l'opération que l'on pratique ordinairement, on fait gonfler les cuirs au moyen du jus aigre (eau de tan restée dans les fosses, et qui s'est aigrie à l'air). L'eau distillée, surtout lorsqu'elle est aiguisée par une légère quantité d'acide sulfurique, produit, en six fois moins de temps, un gonflement beaucoup plus considérable, et qui peut aller au double. Il résulte de là que l'action du tan sur

les cuirs est beaucoup plus prompte et en même temps beaucoup plus complète que par le procédé ordinaire.

Conservation du lait pour les usages domestiques. — M. Grimaud présente une préparation, qu'il désigne sous le nom de *lactoline*, et qui, mêlée avec les neuf dixièmes d'eau, reproduit exactement la composition du lait frais dont elle conserve la saveur. Cette préparation est due aux recherches de M. Gallais, ancien pharmacien; elle consiste à enlever la partie aqueuse par l'évaporation, non pas à chaud, car il y a toujours altération, quelque attention qu'on apporte à ménager le feu, mais en mettant successivement, par une agitation convenable, toutes les parties du liquide en rapport avec l'air froid. La lactoline se conserve indéfiniment, sans que l'humidité et la chaleur l'altèrent; elle offre ainsi un moyen de faire arriver le lait de pays très éloignés jusqu'à Paris, où les vaches, mal nourries, et tenues dans des étables imparfaitement aérées, périssent presque toutes de la pommelière.

Circulation dans les végétaux. — M. Richard fait un rapport sur un mémoire intitulé *Étude des globules circulatoires de la* zannichellia palustris.

Séance du 16 février.

M. Deyeux lit un mémoire de M. Pallas, concernant le sucre de maïs.

Influence de la gélatine, considérée comme aliment, sur le développement et l'entretien des forces musculaires; par M. Edwards. — Dans un premier mémoire qui lui était commun avec M. de Balzac, M. Edwards avait constaté, tant par les effets sur le poids du corps, que par la durée des êtres soumis aux expériences, que la gélatine, à l'état de pureté, est alimentaire, il est vrai, mais qu'elle ne suffit pas seule pour entretenir la vie; et qu'il en est pour elle, comme M. Magendie l'avait constaté pour bien d'autres substances alimentaires, qui seules ne suffisent pas pour entretenir la vie.

Les expériences de MM. Milne Edwards et Balzac montraient que le régime résultant de l'association du pain et de la gélatine était encore insuffisant, quoiqu'il retardât davantage le dépérissement que l'une ou l'autre des deux substances ont donné isolément.

Quant à la gélatine aromatisée par la partie sapide et odorante de la viande, les expériences de MM. Edwards et Balzac prouvent que cette substance ainsi modifiée possède des qualités éminemment nutritives; de sorte que cette addition donnait au régime précédent toutes les qualités pour entretenir le poids du corps et même favoriser son développement.

Dans les expériences sur les chiens, il avait été possible de juger, jusqu'à un certain point, du plus ou du moins d'activité et de forces dépendant des variations de régime, mais on n'était pas arrivé à une mesure exacte. Dans les expériences faites sur les hommes, la sensation d'abattement ou d'énergie ne donnait encore que des à peu près; il devenait indispensable de recourir à quelque moyen mécanique pour apprécier avec la rigueur nécessaire la variation des forces musculaires, M. Edwards eut recours à l'emploi du dynamomètre.

L'usage étant de prendre le bouillon très chaud, il devenait indispensable d'apprécier les effets de la température élevée; on reconnut que l'élévation de température loin d'exciter les forces les diminuait, car l'ingestion de l'eau à la température ordinaire amena une moindre diminution que celle de l'eau à quarante degrés, température ordinaire du bouillon lorsqu'on le prend.

L'effet de la température ainsi constaté, on fit l'essai d'un bouillon de bonne qualité; l'effet fut des plus énergiques, et, dans quatre jours, l'augmentation soudaine fut de six degrés au moins, de huit degrés au plus.

Le bouillon de gélatine aromatisée par la partie sapide et odorante de la viande, pris à la même heure et dans les mêmes circonstances où l'on avait essayé le premier, donna un accroissement de forces égal à neuf degrés, c'est-à-dire plus grand que dans les expériences précédentes, où la moyenne était de sept degrés. Des compagnies tout entières de quelques régimens furent soumises à ces essais.

On pourrait penser que le rôle de la gélatine se borne à sustenter le corps sous le rapport des matériaux qui le constituent, mais que l'excitation des forces dépend uniquement de la partie sapide et odorante du bouillon. Pour décider cette question, par l'expérience, deux espèces de bouillon ont été préparées, qui ne différaient que par la gélatine : celui qui ne contenait que deux onces de gélatine a produit un accroissement de forces de 9°; celui qui en avait quatre a donné 11° 3/4.

Ainsi, dit M. Edwards, on peut énoncer en thèse générale que l'intensité d'action de la gélatine sur les forces musculaires tend à croître avec la proportion de cette substance; d'où il suit que le bouillon fait avec deux onces de gélatine et une livre de viande agirait plus énergiquement sur les forces que le bouillon ordinaire préparé avec quatre livres de viande.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Pl. XXI. Tête d'hydrocéphale.
(*Enfant de deux ans.*)

Indication des parties. — A, A et B, B, les deux moitiés de l'os frontal; C, C, l'os pariétal gauche; D, l'os temporal; E, l'os de la pommette; F, os maxillaire supérieur; G, mâchoire inférieure; H, H, H, fontanelle antérieure ou fronto-pariétale; I, I, I, fontanelle latérale ou temporo-pariétale.

—

Pl. XXII. La veine saphène interne ou antérieure.
(*Pied droit, grandeur naturelle.*)

A, B, C, la partie antérieure de la jambe, le coude-pied et le dessus des orteils; D, E, F, la plante du pied et le talon; G, H, I, le tendon d'Achille et les jumeaux; K, K, bande de toile servant de ligature; L, L, côté interne du tendon d'Achille; M, N, saillie de la malléole interne; O, O, O, côté interne du pied; *p, p, p*, racines de la saphène interne qui naissent sur le dos du pied; *q, q, q, q*, autres racines qui viennent de la plante du pied; *r, r, r, r*, autres racines naissant autour de la malléole; *s, s, s, s, s*, tronc de la veine saphène. Toutes ces veines se trouvent gonflées par l'effet de la ligature.

Dr. *Jacques* Lebaudy.

Le Directeur de service, A. TROUSSEAU.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

N° X. — JUIN 1835.

I. — MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

I. MÉMOIRE SUR LES ENGORGEMENS ENCÉPHALOÏDE ET SQUIRRHEUX DU TESTICULE.

(2e article.)

Dans un précédent article (1) j'ai décrit l'engorgement tuberculeux des testicules, je vais, dans celui-ci, m'occuper de deux autres espèces d'engorgement, qui, de même que le précédent, ont reçu le nom de sarcocèle. C'est la maladie cancéreuse des glandes séminales. Mais quoique les deux affections dont je vais traiter soient réunies par presque tous les auteurs sous le nom de sarcocèle cancéreux des testicules, il existe entre elles des différences tellement tranchées, que j'ai cru devoir en faire deux descriptions séparées. La lecture de ce mémoire justifiera, j'espère, cette distinction.

1° *Engorgement encéphaloïde.* Cette maladie n'est pas très rare, et a été décrite sous différens noms. Abernethy a publié en 1804, sous le titre de *surgical observations on tumours*, un essai de classification des tumeurs. Or l'espèce qu'il nomme *pulpy or medullary sarcoma*, page 56, sarcome pulpeux ou médullaire, que d'autres, avant lui, avaient nommé cancer mou du testicule, est bien évidemment notre tissu encéphaloïde; car il dit, page 57, que la matière qui le forme a l'apparence du cerveau. Il est à noter qu'Abernethy a pris la dégénérescence encéphaloïde du testicule comme type de son genre, sarcome médullaire. En 1807, cette affection a été décrite sous le nom de *pulpy testicle*, testicule pulpeux, par le docteur Baillie, qui s'est élevé à cette occasion contre l'erreur des chirurgiens qui ont confondu cette maladie avec le squirrhe du testicule. Si quelqu'un doutait aujourd'hui que dans son excellente monographie, Wardrop ait traité du cancer encéphaloïde sous le nom de *fungus hæmatodes*, je le renverrais à la lecture des observations particulières, renfermées dans cet ouvrage, ou à l'appréciation qui en a été faite par l'auteur de l'article cancer. *Anat pathol.*, de la 2e édition du nouveau Dict. de méd., etc. Wardrop, dans son chapitre IV, page 124, intitulé : *Of the fungus hæmatodes in the testicle*, du fongus hématode dans le testicule, donne une assez bonne description de la dégénérescence encéphaloïde de cet organe, et termine ce chapitre par cinq observations pleines d'intérêt. Tous ces travaux sur l'engorgement cérébriforme du testicule ont été effacés peut-être par la description qu'en a donnée A. Cooper, sous le nom de *fungoid disease of the testicle*, maladie fongoïde du testicule; *observations on the structure and diseases of the testis.* 1830, chap 10, p. 116 et suivantes.

En France, les chirurgiens qui se sont tenus au courant des découvertes d'anatomie pathologique, ou qui ont donné une impulsion à cette science, ont aussi considéré l'affection encéphaloïde comme une maladie qui a un caractère propre. M. Cruveilhier l'a décrite et figurée sous le nom de sarcocèle aréolaire encéphaloïde, *Anat. pathol.*, 5e livraison, page 3. Dans le tableau que je vais essayer de tracer de l'engorgement encéphaloïde du testicule, je mettrai à contribution les travaux des auteurs que je viens de citer et les recherches de mon frère sur cette variété du cancer; je tirerai parti également des faits assez nombreux qui ont été communiqués en ma présence à la société anatomique:

Si on incise un testicule affecté de dégénérescence encéphaloïde, à une époque où le produit morbide a déjà perdu de sa consistance, on trouve la substance de cet organe remplacée par une matière pulpeuse, homogène, d'un blanc opaque, colorée cependant çà et là de points rosés : cette couleur rose est quelquefois très foncée, et passe au brun dans les parties plus ramollies. Abernethy, qui ne connaissait pas la cause de cette coloration, se demandait si cela constituait une altération différente du sarcome médullaire; mais il n'a pas fait la faute cependant de la considérer comme une dégénérescence à part. On voit peu fréquemment l'encéphaloïde du testicule sali par la coloration mélanique si fréquente dans le cancer de l'œil. Bien qu'homogène en apparence, la matière contenue dans le testicule est cependant composée de plusieurs élémens : la pression en fait sortir, et l'action d'un filet d'eau en sépare un suc blanc, miscible à l'eau et que l'alcool raffermit; lorsque ce suc cancéreux, cette matière encéphaloïde a été entraînée par le lavage, il reste un tissu cellulaire floconneux, feutré, qui la renfermait dans ses interstices, et qui offre souvent dans le testicule l'apparence d'une trame aréolaire. Indépendamment de ce tissu délicat qui soutient la matière encéphaloïde, on observe assez fréquemment des loges ou cloisons plus épaisses qui se détachent de la tunique fibreuse et établissent plusieurs compartimens dans la matière morbide. Dans un cas où la masse dégénérée était ainsi divisée en plusieurs lobes, ceux-ci différaient entre eux sous le rapport de l'aspect et de la consistance; l'un ressemblait à la fois par sa couleur et sa mollesse, à une portion de substance du cerveau; un autre était d'un blanc de craie, laissait échapper

(1) *Voyez* le numéro de janvier 1835, page 141 de ce journal.

de ses innombrables cellules une matière médullaire semi-liquide ; un troisième, à la fois plus vasculaire et plus foncé en couleur, était aussi d'une texture plus fibreuse ; un quatrième contenait des cellules pleines d'une matière jaunâtre analogue au jaune d'œuf coagulé par la chaleur. Ce que je viens de dire prouve que l'on rencontre quelquefois des kystes dans la masse encéphaloïde du testicule; on y observe aussi assez fréquemment des tubercules, et plusieurs autres matières qui constituent alors des tumeurs composées de cet organe.

Les masses encéphaloïdes du testicule sont très vasculaires, et il suffit du simple examen, sans préparation aucune, pour s'en assurer. Mais les injections offrent un moyen d'apprécier avec plus d'exactitude la disposition des vaisseaux dans cette production morbide ; cette préparation anatomique a été faite par Abernethy et par A. Cooper ; ces deux auteurs se bornent à dire que l'injection a inégalement coloré les différens poins de la tumeur, et Cooper en conclut que la vascularité y est inégalement développée. L'extrême ressemblance qu'ont entre elles les masses encéphaloïdes, en quelque lieu qu'elles se développent, m'autorise à appliquer au testicule les résultats que mon frère a obtenus d'une injection très pénétrante poussée dans les vaisseaux d'une tumeur encéphaloïde du cou, résultats qu'il a fait connaître dans l'article Cancer, déjà cité. Les artères, d'un volume médiocre, mais très nombreuses et fréquemment anastomosées, forment un réseau assez compliqué dans la capsule fibreuse qui renferme le produit dégénéré; à l'intérieur, le nombre et la disposition des vaisseaux varient avec le degré de consistance du cancer ; ils sont peu nombreux là où le tissu encéphaloïde est encore à l'état cru, et on distingue à peine quelques points rosés à la surface des parties divisées ; les choses changent dans les points où le cancer tend au ramollissement ; les vaisseaux artériels, excessivement nombreux et ténus, y donnent naissance à un réseau fort élégant, qui semble contenir entre ses mailles la matière cérébriforme ; enfin, l'aspect change encore là où cette matière est ramollie, car, dans cette partie, la substance de l'injection est épanchée, et forme des amas analogues aux épanchemens apoplectiques. En soumettant ces noyaux ramollis à l'action d'un filet d'eau, on s'assure facilement que les vaisseaux y sont plus nombreux que partout ailleurs. Ainsi le nombre des vaisseaux artériels, dans une tumeur encéphaloïde, va toujours en augmentant à mesure que le tissu de celle-ci se ramollit. Il est à peine nécessaire de faire observer qu'il y a dans ces résultats autre chose qu'une simple notion d'anatomie pathologique ; ils expliquent les diverses teintes du cancer, notées par Abernethy, Wardrop, A. Cooper ; ils expliquent comment on a observé dans le testicule dégénéré des épanchemens sanguins apoplectiformes, ils rendent raison de la fréquence et et de l'opiniâtreté des hémorrhagies qui suivent l'ulcération de cette espèce de cancer.

L'injection des veines du tissu encéphaloïde a conduit à un résultat plus curieux encore, puisqu'elle a montré que, si les veines circonvoisines sont dilatées, il n'en est plus de même, en général, des veines de la partie dégénérée ; celles-ci, ayant reçu dans leur cavité des prolongemens de la matière morbide, sont devenues imperméables à l'injection.

Après avoir étudié en elle-même la matière morbide qui remplit le testicule dans le cas d'engorgement encéphaloïde, il convient de suivre les phénomènes de son développement dans le testicule et l'épididyme, et de signaler les modifications qu'éprouvent les parties environnantes ou même les parties plus éloignées. La maladie débute ordinairement dans le testicule, plus rarement dans l'épididyme, et lorsqu'elle a marché pendant un certain temps, les deux parties ont subi la dégénérescence cérébriforme. Si, ce qui est assez rare, on a l'occasion de disséquer le testicule dans les premières périodes de cette affection, on retrouve, en tout ou en partie, la substance du testicule qui a été refoulée par la production morbide, mais on ne voit pas cette dernière s'entremêler aux conduits séminifères ; là où elle existe, ceux-ci ont complétement disparu. A une époque plus avancée, il n'y a plus le moindre vestige de la substance du testicule; c'est au moins le cas le plus commun.

Pendant que le testicule grossit, il conserve ordinairement, et cela pendant un temps assez long, sa surface lisse et unie, il s'arrondit un peu ; mais l'épididyme qui le surmonte, venant à se gonfler aussi, et n'en pouvant pas être facilement distingué, la tumeur prise en totalité a souvent une forme ovalaire à grosse extrémité inférieure. Il arrive cependant plus tôt ou plus tard, que la tunique fibreuse du testicule, cédant en un point circonscrit, la production morbide s'échappe par cette ouverture, sous forme d'un champignon fongueux; comme on voit la matière encéphaloïde déposée dans l'œil percer la coque fibreuse de cet organe. Ce champignon traverse les deux feuillets de la tunique vaginale, qu'il a fait adhérer l'un à l'autre, et c'est lui qui viendra le premier s'ulcérer à l'extérieur, si le malade ne succombe pas auparavant.

Le testicule ainsi engorgé peut parvenir à des dimensions considérables ; il atteint successivement le volume d'un œuf de poule, d'un œuf d'oie, des deux poings et davantage ; il peut peser deux livres, quatre livres sept livres.

Le développement excessif de la tunique albuginée ne peut avoir lieu sans qu'il se manifeste quelques changemens dans la tunique vaginale; tantôt l'irritation y produit une effusion séreuse plus ou moins considérable, tantôt elle cause l'adhésion des deux lames qui la composent; quelquefois les deux effets sont produits en même temps, c'est-à-dire qu'il y a des adhérences partielles et de la sérosité épanchée dans les points non adhérens.

Lorsque la tumeur est volumineuse, les artères du cordon sont devenues plus grosses, et cette ampliation ne porte pas seulement sur l'artère testiculaire, elle s'observe sur les rameaux que l'épigastrique et l'hypogastrique envoient dans cette partie. Les veines du cordon, aussi bien que celles du scrotum, sont sensiblement dilatées. Dans un cas rapporté par Wardrop et recueilli par A. Cooper, les vaisseaux absorbans du cordon étaient considérablement dilatés, leurs parois épaissies et distendues sous

forme de petites tumeurs, au niveau des replis valvulaires de ces vaisseaux ; ils contenaient une matière analogue à celle qui avait été trouvée dans le testicule ; il en était de même du canal thoracique, mais c'est là un fait exceptionnel qu'il faut bien se garder de généraliser. A cela près des changemens survenus dans le volume des vaisseaux, le cordon auquel est suspendu un testicule affecté de dégénérescence encéphaloïde reste sain assez long-temps, jusqu'à ce qu'enfin, chez certains sujets, il éprouve à son tour la transformation morbide qui a commencé dans l'organe sécréteur du sperme : c'est alors qu'on a vu le cordon acquérir un volume assez considérable, adhérer au pubis et y attacher fortement le testicule ; mais ces cas sont les plus rares.

Pendant que le testicule grossit et que les parties environnantes s'affectent, la production morbide qu'il renferme subit des changemens remarquables ; elle se ramollit par places, elle se creuse de cavités, les unes anfractueuses et renfermant du sang, les autres, mieux circonscrites, contenant des liquides de couleur et de consistance variables, ou des fongosités. La peau du scrotum, long-temps distendue, mais non adhérente à la tumeur, n'a souvent subi qu'un amincissement considérable lorsque la mort survient; car l'ulcération n'est pas si constante que dans le squirrhe. Mais si le sujet a résisté plus long-temps, les tégumens violacés, parsemés de varices, sont devenus adhérens aux parties saillantes et bosselées de la tumeur. Bientôt le scrotum est envahi par un ulcère que la rapidité de sa marche, son aspect irrégulier, les fongosités mollasses qui le surmontent et se détachent quelquefois par lambeaux, les hémorrhagies fréquentes, l'humeur sanieuse abondante et excessivement fétide qu'il répand, distinguent encore de l'ulcère provenant du ramollissement du squirrhe.

Les changemens anatomiques qu'entraîne la dégénérescence encéphaloïde du testicule, ne sont pas circonscrits dans la région du scrotum et du cordon testiculaire ; soit qu'il y ait transport de matière morbifique, ou propagation d'une irritation spéciale, on voit se gonfler les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la partie affectée : or, ces ganglions sont pour le testicule ceux qui occupent, en avant et sur les côtés, la région lombaire du rachis. Rien n'est malheureusement plus commun que le développement, dans cette région, de masses encéphaloïdes énormes, au milieu desquelles se trouvent ensevelies l'aorte et la veine cave inférieure ; la première, presque toujours saine, a quelquefois cependant subi quelque altération dans ses parois, par suite du voisinage de la matière cérébriforme; la veine cave est fréquemment oblitérée par la matière encéphaloïde qui a perforé ses parois. L'anatomie nous apprend pourquoi les ganglions de l'aine sont moins promptement dégénérés, et dans quelles circonstances ils le sont. Ces ganglions ne recevant pas les lymphatiques du testicule, mais ceux de ses enveloppes, s'affectent quand celles-ci sont devenues malades; convertis en matière cérébriforme, ils peuvent parvenir dans chaque aine jusqu'au volume d'une tête d'adulte. Enfin les ganglions qui avoisinent le détroit supérieur du bassin, ceux du mésentère, divers organes intérieurs sont souvent envahis en même temps que le testicule, par la dégénérescence encéphaloïde.

On a pu voir que je me suis borné presque exclusivement jusqu'ici à la description anatomique de l'engorgement cérébriforme du testicule ; il convient d'en tracer maintenant l'histoire pathologique.

Il n'y a rien à dire sur les causes de cette maladie qui ne lui soit commun avec l'affection encéphaloïde en général. Elle se montre ordinairement chez les individus peu avancés en âge, le plus souvent de vingt à trente ans ; Cline l'a vue se développer chez un sujet de cinq ans ; on l'a cependant observée entre quarante et cinquante ans.

Le premier phénomène qui fixe l'attention du malade et du chirurgien dans cette maladie, est le gonflement du testicule, gonflement qui a la forme indiquée précédemment ; la peau n'a pas changé de couleur à cette époque, elle glisse facilement sur la tumeur avec les autres parties molles des bourses. Soit effet de la résistance de la membrane albuginée du testicule, soit que la matière encéphaloïde formée dans le testicule s'y montre d'abord à l'état de crudité, cet organe offre dans le commencement une dureté presque squirrheuse ; mais celle-ci est bientôt remplacée en certains points, et quelquefois dans la totalité de la tumeur, par un état opposé, qui constitue un des meilleurs caractères de la dégénérescence encéphaloïde, et qui est plus marqué peut-être encore au testicule que partout ailleurs; je veux parler d'un état de mollesse accompagnée cependant d'élasticité, double propriété qui peut faire croire qu'il existe une collection de liquide dans la tunique vaginale.

L'accroissement de volume du testicule subit les mêmes irrégularités qu'on observe dans toutes les tumeurs encéphaloïdes, non seulement d'individu à individu, mais chez le même sujet, dans des intervalles de temps égaux. Ainsi, il en est chez lesquels les progrès sont lents, et la durée de la maladie considérable ; chez d'autres, au contraire, la marche de la dégénérescence est rapide, et des tumeurs se montrent dans le ventre peu de temps après l'invasion du mal dans le testicule. Le même sujet voit quelquefois le gonflement rester stationnaire pendant des mois entiers, et acquérir ensuite en quelques semaines, en quelques jours, et sous l'influence des causes les plus légères, un accroissement considérable.

La douleur qui accompagne cette dégénérescence est nulle, ou peu marquée au début; plus tard on observe ces douleurs lancinantes, qui appartiennent aux affections cancéreuses et qui se propagent, dans ce cas, vers la région lombaire, en suivant le trajet du cordon. Chez quelques sujets, la pression de la tumeur est pénible ; d'autres en sont à peine affectés au moment même, mais la partie est endolorie quelques instans après.

Bien que le cordon ne soit pas encore malade, cependant en le maniant, on pourrait croire qu'il est engorgé, mais non induré ; la dissection ne montre pas ce qui a pu causer cette sensation particulière.

Les phénomènes qui précèdent et accompagnent l'ulcération, quand elle a lieu, ayant été décrits plus haut, il est inutile d'y revenir ici : quant aux désordres généraux qui accompagnent l'état avancé de la maladie, et qui constituent la cachexie cancéreuse, ils n'appartiennent pas plus à la dégénérescence du testicule qu'à celle de tout autre organe, et je puis les passer sous silence. Ils se compliquent souvent de désordre dans les fonctions des viscères de l'abdomen, provenant de la présence des masses cérébriformes dans cette cavité.

Le diagnostic de l'engorgement encéphaloïde du testicule offre quelquefois d'assez grandes difficultés : l'aspect piriforme ou ovalaire de la tumeur, sa mollesse et son élasticité, l'apparente fluctuation qu'on y ressent, peuvent la faire prendre pour une hydrocèle ; et parmi les chirurgiens qu'une longue pratique dans les hôpitaux a mis à même de rencontrer fréquemment cette affection, il n'en est presque aucun qui n'ait fait l'aveu d'avoir commis une semblable méprise. Les faits suivans prouveront qu'elle est fréquente : 1° on voit dans la collection de Monro un testicule à l'occasion duquel cette erreur a été faite ; 2° une pièce semblable est conservée dans la collection de Jeffrey de Glascow ; 3° le premier malade dont Wardrop a rapporté l'histoire a été ponctionné ; 4° il en a été de même du quatrième ; 5° Cooper dit qu'il s'y est trompé plus d'une fois ; Pott, Hunter, Cline et plusieurs autres y ont de même été pris; 6° j'ai vu Béclard plonger un trocart dans une énorme tumeur ovalaire du scrotum, il ne sortit que du sang ; Béclard reconnut de suite une tumeur encéphaloïde, dont il fit l'extirpation, etc. L'erreur est encore plus difficile à éviter quand il y a exhalation d'une certaine quantité de sérosité dans la tunique vaginale.

Lorsque l'épreuve faite pour constater la transparence de la tumeur n'aura donné qu'un résultat négatif, lorsqu'on aura inutilement cherché à reconnaître le testicule à la place qu'il occupe dans l'hydrocèle, il faudra comparer le poids de la tumeur à son volume, examiner si elle est aussi nettement circonscrite vers l'anneau que cela a lieu ordinairement dans l'hydrocèle, tenir compte de l'absence ou de la présence des douleurs et de leur nature, ainsi que de la constitution de l'individu, de l'origine et de la marche de l'engorgement, derniers indices qui sont souvent trompeurs ; on recherchera si la tumeur ne cède pas plutôt sous le doigt qu'elle ne fait éprouver une véritable fluctuation; et si, toutes ces épreuves terminées, il reste de l'incertitude, il sera convenable de faire une ponction exploratrice à la tunique vaginale.

On a pu juger par ce qui précède que le pronostic de la dégénérescence encéphaloïde du testicule est des plus graves. Cet engorgement ne peut se résoudre ni spontanément, ni à l'aide des médicamens ; et lorsqu'on en a fait l'extirpation, il est presque toujours suivi de récidives, qui tantôt se montrent dans la région lombaire, tantôt dans le cordon, tantôt dans certains viscères intérieurs, souvent dans plusieurs de ces parties à la fois, mais presque jamais dans le testicule du côté opposé. Cette production morbide entraîne presque constamment la mort.

Je ne recommanderai aucun traitement intérieur, aucun topique contre la maladie que je viens de décrire. Je ne connais aucun médicament capable d'enrayer sa marche ; l'opportunité de l'extirpation ne mérite pas plus d'être discutée ici qu'à l'occasion de toute autre tumeur encéphaloïde externe ; tous ces points rentrent dans l'histoire générale de cette espèce de cancer. Je conseillerai cependant d'extirper le testicule aussitôt que la nature de la maladie sera reconnue, à moins que l'exploration des aînes et de l'abdomen ne fasse découvrir d'autres tumeurs encéphaloïdes, ou que les symptômes de la cachexie cancéreuse ne soient déjà développés. L'induration du cordon ne serait une contre-indication formelle qu'autant qu'elle se prolongerait au-delà du canal inguinal hors de la portée des instrumens.

La récidive, qui ne se montre quelquefois qu'au bout d'une ou plusieurs années, a lieu, dans d'autres cas, après quelques semaines ; il est probable que les tumeurs qui se dessinent alors dans le ventre, y existaient avant l'opération. Quand la castration est contre-indiquée, il faut avoir recours au traitement palliatif généralement usité dans les affections cancéreuses.

2° *Engorgement squirrheux.* Le squirrhe du testicule a, de même que la maladie précédente, été décrit sous le nom de sarcocèle et de cancer. D'après les idées de Scarpa, cette substance squirrheuse seule constituerait le véritable cancer du testicule ; opinion suffisamment réfutée par les détails dans lesquels nous sommes entrés dans le paragraphe précédent.

Les caractères anatomiqnes du tissu squirrheux dans le testicule, diffèrent peu de ceux qu'il présente dans d'autres parties du corps. Il peut se former aux dépens de la tunique albuginée ou des prolongemens fibreux intérieurs de cette membrane, ou du tissu cellulaire qui unit les innombrables flexuosités de l'épididyme, ou enfin du cordon spermatique isolément. Le développement primitif du squirrhe, dans ces deux dernières parties est extrêmement rare ; mais Scarpa va trop loin sans doute, quand il en nie positivement la possibilité. Le squirrhe consiste en une matière d'un blanc grisâtre ou bleuâtre, légèrement demi-transparente, dont la consistance dans le principe, c'est-à-dire quand elle est à l'état de crudité, varie depuis celle de la couenne de lard, avec laquelle elle a beaucoup d'analogie pour l'aspect, jusqu'à la densité voisine du cartilage. Cette matière est ordinairement divisée en masses, subdivisées elles-mêmes en lobules réunies par un tissu cellulaire très serré, et dont la forme variable offre quelquefois celle des aréoles d'une ruche à miel. Souvent d'un centre très dur on voit partir des rayons fibreux qui se prolongent au delà de la tumeur, à travers la substance du testicule ; Bell considère ces prolongemens comme étant de nouvelle formation, ainsi que le reste de la tumeur, tandis que M. Cruveilhier les regarde comme étant formés aux dépens du tissu cellulaire, qui occupe primitivement l'intérieur du testicule. Quoique dans les intervalles du squirrhe le tissu de la glande paraisse sain, il offre cependant, en général, plus de consistance que dans l'état ordinaire ; les filamens qui le composent sont plus friables, et ne peuvent être développés comme de coutume. Après un temps va-

riable, quelquefois fort long, le tissu squirrheux se ramollit vers le centre. Si on l'incise, il paraît moins transparent, et en le comprimant, on en fait suinter des gouttelettes d'un liquide épais et jaunâtre, auquel M. Cruveilhier a donné le nom de suc cancéreux. Le ramollissement continuant à faire des progrès, le tissu prend graduellement l'aspect et la consistance d'une gelée ou d'un sirop dont la transparence est quelquefois troublée par une teinte grisâtre ou par un peu de sang. C'est parce qu'ils n'avaient égard qu'à cette période de la maladie, que les chirurgiens ont pensé rencontrer un cancer d'une nature particulière, à laquelle on a donné le nom de colloïde ou de gélatiniforme, mais qui est évidemment du tissu squirrheux en voie de ramollissement. Il existe alors dans le centre de la substance squirrheuse une cavité irrégulière, dont les parois sont ulcérées, dentelées et spongieuses.

Peu de vaisseaux pénètrent à l'intérieur de ces tumeurs ; caractère important, et que Scarpa a constaté par les injections les plus pénétrantes.

En parlant des symptômes, je ferai connaître quelques autres caractères anatomiques de la maladie.

On a considéré comme pouvant donner lieu au squirrhe du testicule, l'abus ou la privation absolue des plaisirs vénériens, la rétention du sperme au moment où l'éjaculation allait se faire, ainsi que F. de Hilden en a cité un exemple ; l'équitation, la pression d'un brayer sur un testicule arrêté dans l'anneau, et pris pour une hernie, ainsi que Lassus et M. Roux ont eu occasion de l'observer, et surtout les altérations que laissent à leur suite plusieurs des engorgemens dont ces organes sont le siége ; mais sans nier formellement l'influence de ce genre de causes, je dirai que la science manque de faits assez nombreux, pour qu'il soit permis d'en assigner exactement la valeur.

Le squirrhe est plus fréquent dans l'âge adulte que pendant l'enfance ou la vieillesse ; il n'affecte pas plus souvent le testicule droit que le gauche ; du reste, il est presque toujours borné à une seule glande.

La maladie commence ordinairement par le corps du testicule ; elle s'annonce par une tumeur d'une dureté considérable, dont la surface est irrégulière, confondue dans le reste de la glande, et qui n'a pas d'adhérence avec la peau. Le testicule, de ce côté, est plus pesant, mais il est encore exempt de douleurs ; presque toujours une certaine quantité d'eau est sécrétée dans la tunique vaginale ; en d'autres points, la surface interne de cette membrane contracte des adhérences avec les parties les plus saillantes de la tumeur.

L'affection peut persister pendant fort longtemps dans cet état. Quand elle fait de nouveaux progrès, ceux-ci consistent quelquefois dans une augmentation de volume ; en même temps des douleurs d'un caractère particulier, comme si des aiguilles étaient rapidement enfoncées à travers la tumeur, commencent à être perçues de loin en loin par le malade ; la pression du testicule en favorise le retour. La peau contracte des adhérences avec le testicule ; dans quelques points elle offre des dépressions irrégulières, dont la présence est un caractère précieux pour éclairer le diagnostic de la maladie. Ces enfoncemens sont dus, selon Scarpa, à la disparition du tissu cellulaire sous-cutané ; tandis que Bell les considère comme le résultat de la traction qu'exercent sur la face interne de la peau les prolongemens squirrheux qui se détachent de la tumeur principale.

Le cordon testiculaire augmente de volume et de dureté ; les douleurs sont plus vives et plus fréquentes ; les veines du scrotum se dilatent et deviennent plus flexueuses ; les glandes lombaires s'engorgent ; la couleur de la peau s'altère ; cette membrane s'amincit et finit par s'ulcérer ; alors la tumeur a perdu une grande partie de sa dureté, elle est ramollie par points ; un fluide ichoreux, fétide, qui excorie les parties saines de la peau des environs, s'écoule par les ulcérations ; les bords de celles-ci sont durs, irréguliers ; la surface ulcérée est comme fendillée et déprimée, souvent sèche, grisâtre, rouge ou brune ; d'autres fois recouverte de chairs mollasses ; elle ne laisse jamais sortir de fongosités bourgeonnantes comme des champignons, et n'est le siége d'aucune hémorrhagie. L'incision de la partie malade montre le fond de l'ulcère friable et d'apparence charnue ; plus profondément, le tissu squirrheux est à l'état de crudité. En faisant de nouveaux progrès, ce tissu prend les caractères de la couche friable qui le recouvre ; tandis qu'au dessous de lui, les parties qui n'étaient que peu altérées passent à l'état squirrheux. Alors se présente un tableau qui se retrouve dans toutes les affections cancéreuses, devenues générales, et que je me dispenserai de retracer ici.

Le tissu squirrheux et l'encéphaloïde diffèrent par un trop grand nombre de caractères pour qu'il soit possible de les confondre ; ainsi, le premier devient rarement très volumineux ; sa dureté et sa pesanteur sont considérables, sa forme est irrégulière ; il reste indolent pendant un temps fort long ; il se complique fréquemment d'hydrocèle ; sa surface ulcérée ne produit pas d'hémorrhagie, ne se recouvre pas de fongosités qui tombent en détritus ; elle reste déprimée, à bords durs, etc. En opposant ce tableau à celui que j'ai tracé dans le paragraphe qui précède, on voit que le diagnostic différentiel entre ces deux engorgemens est facile à établir.

Le tissu squirrheux ne donnera pas lieu aux mêmes méprises que le tissu encéphaloïde ; mais il pourra, dans le principe, être confondu avec l'induration chronique de la tunique albuginée, ou de la tunique vaginale. L'apparition des douleurs lancinantes pourra seule éclairer la nature du mal. Pott raconte une erreur de diagnostic qu'on aura bien rarement occasion de commettre ; dans un cas de cystocèle vaginale qui descendait au fond du scrotum, au devant du testicule aplati et atrophié, un calcul urinaire fut pris pour un squirrhe. Pott ne reconnut la nature de la maladie que pendant l'opération. (*Œuvr. chir.*, trad. fran. t. I, p. 488.)

La marche lente du tissu squirrheux, qui demeure pendant un temps fort long borné au testicule, rend son pronostic beaucoup moins grave que celui du tissu encéphaloïde. Une particularité bien remarquable, c'est que, tandis

que la récidive de l'encéphaloïde se manifeste par des tumeurs de même nature, situées dans d'autres parties du corps, celle du tissu squirrheux s'annonce par des ulcères qui s'ouvrent sur la cicatrice ; ce qui permet de l'attaquer de nouveau par les moyens chirurgicaux.

Du reste, les considérations générales et spéciales que le traitement du cancer encéphaloïde du testicule a fait naître, s'appliquent également au cancer squirrheux. Dans un dernier article je décrirai l'engorgement blennorrhagique, l'engorgement syphilitique des testicules, et quelques autres altérations plus rares de ces organes.

BÉRARD *jeune*,
Agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, chir. de l'hospice de la Salpêtrière.

II. NOUVEL APPAREIL POUR LES FRACTURES DU CORPS ET COL DU FÉMUR.

La fracture du col du fémur a lieu bien plus fréquemment chez les vieillards que chez les adultes ou les enfans; et si aux raisons qui s'opposent à la consolidation des fractures en général chez les vieillards, on ajoute celles qui sont particulières à la fracture du col du fémur, on aura la mesure des difficultés à vaincre, dans ce dernier cas, pour arriver à une guérison parfaite, sans raccourcissement ni déviation du pied. Cette grande difficulté de parvenir au but désiré, a donné naissance à une foule d'appareils auxquels on a presque généralement renoncé ; les meilleurs sans contredit ont été basés sur une extension continue, et c'est aussi sur cette base que j'ai construit le mien.

Avant d'entrer plus profondément dans le sujet, il faut d'abord se hâter de reconnaître une chose, c'est qu'avec un appareil même imaginaire, un appareil par exemple qui maintiendrait constamment le membre dans l'extension, sans exercer de pression sur aucun point du corps, sans, par conséquent, pouvoir déterminer d'escarres, on ne parviendrait pas encore à obtenir dans certains cas une consolidation parfaite. Ainsi, il y a telles circonstances données où l'âge, les désordres causés par la fracture, la position respective des fragmens, sont des coïncidences auxquelles il serait inutile, sinon quelquefois dangereux, d'appliquer des moyens d'extension continue. Nous n'avons donc imaginé un nouvel appareil que pour les cas qui peuvent présenter des chances de succès. Dans un travail plus étendu, nous nous proposons de déterminer ces cas qui d'ailleurs resteront toujours à l'appréciation et au tact du chirurgien.

Après l'essai infructueux d'un grand nombre de bandages on en est arrivé aujourd'hui à préférer dans la grande majorité des cas, la position demi-fléchie ou la double flexion. Dans quelques circonstances rares on a encore recours aux bandages à extension continue de Desault, ou Boyer, malgré les graves inconvéniens de leur emploi. J'ai voulu, par mon appareil, augmenter le nombre des cas où l'extension permanente pourra être employée, tout en échappant aux reproches faits aux bandages des deux illustres chirurgiens que je viens de citer.

Etablir une extension continue qui, en maintenant les fragmens en rapport, ne fatiguât pas trop le membre, et ne déterminât d'escarres, ni au pli de la cuisse, ni à l'ischion, ni au coudepied ; tel était le but vers lequel se dirigeaient les efforts des chirurgiens et que j'ai cherché à atteindre dans la construction de mon appareil.

Je n'ai pas la prétention de croire que toutes les fractures du col du fémur pourront maintenant être bien guéries, la formation et la consolidation du cal conserveront toujours la même difficulté chez les vieillards, mais j'espère, pour les cas curables, avoir augmenté par mon appareil les chances de succès.

La fracture du col du fémur n'est pas d'ailleurs la seule maladie dont je me sois proposé la guérison, l'idée même de mon bandage m'est venue à une autre occasion. Combien en effet de fractures comminutives du corps du fémur, de fractures avec des esquilles d'un pouce et demi, deux pouces de longueur ont nécessité l'amputation ! combien même de fractures en bec de flûte avec sortie d'une des extrémités fracturée à travers les muscles ont amené la même nécessité ? combien encore de fractures comminutives de la jambe ?

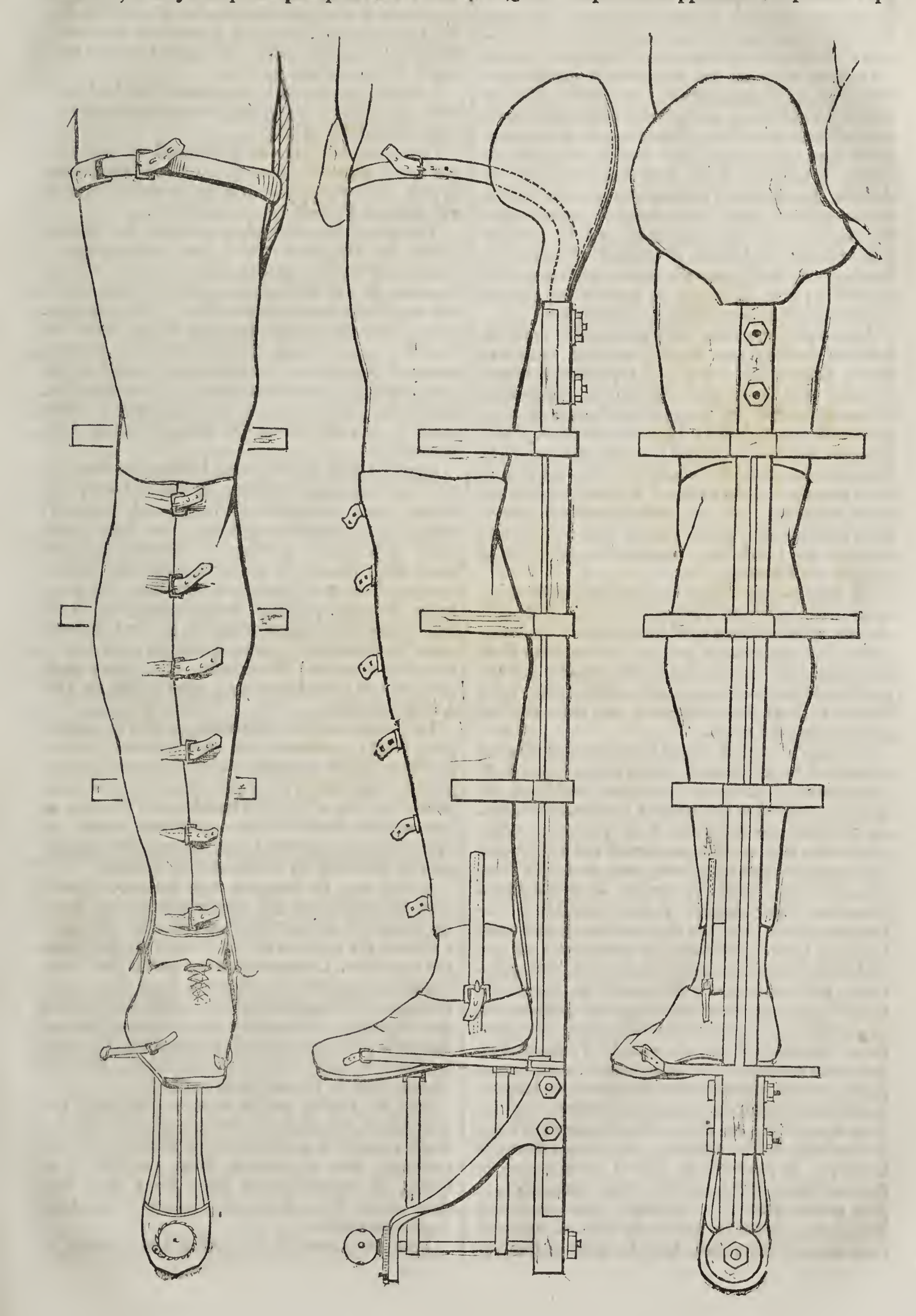
J'ai dans ce moment le fémur d'un individu qui eut la cuisse fracturée avec esquilles par un cabriolet dont la roue passa à quatre ou cinq pouces au dessus de l'articulation fémoro-tibiale. L'extrémité inférieure de l'os taillée en bec de flûte, faisait une saillie d'un pouce à travers les muscles de la partie postérieure de la cuisse. Au moyen de mon bandage, que j'ai modifié depuis, je suis parvenu à obtenir une consolidation avec un pouce et demi de raccourcissement. Trois esquilles ayant chacune deux pouces de longueur à peu près, sur un de largeur, appuyées sur chaque extrémité fracturée, réunies ainsi à l'os qu'elles semblent invaginer, forment la base du cal. Cet homme, qui avait plus de 50 ans, s'étant empoisonné depuis, j'ai pu prendre son fémur. Je suis persuadé qu'avec mon appareil tel que je l'ai modifié depuis, je serais parvenu à guérir avec un raccourcissement beaucoup moindre, et que dans tous les cas identiques on pourra s'en servir avec avantage pour éviter les amputations.

Dans ces cas de fractures comminutives du corps du fémur, nous n'avons plus spécialement affaire à des vieillards; des adultes, des adolescens, peuvent avoir des fractures comminutives du corps du fémur, de la jambe. Ceux-là peuvent résister aux accidens d'une compression long-temps prolongée ; la déviation d'un membre ou sa perte, pour ceux-là surtout, sont un malheur irréparable. Je pense qu'avec mon bandage on peut, dans la grande majorité des cas, l'éviter. Je vais donc passer à sa description.

D'abord pour que le membre fracturé conserve bien sa direction normale, il faut que les puissances qui servent à l'extension continue agissent suivant la direction de l'os. Or, je ne pense pas qu'il soit possible de mieux obéir à ce principe que je l'ai fait. Mes points d'appui en haut sont pris directement sur la fesse, et tout l'espace compris entre l'anus et le pli de la cuisse, et en bas sur le pied, chaussé d'un soulier, qui lui-même s'appuie sur une guêtre adap-

tée au volume du membre, au moyen de ses boucles. On peut encore maintenir le soulier comme celui de Boyer, par des bandes de cuir serrées autour de la jambe. Ce dernier moyen a l'avantage de mieux obéir aux formes des membres, mais je ne pense pas qu'il exerce une compression aussi méthodique et aussi égale. Avec ces précautions, il est difficile qu'il se forme des escarres sur le coudepied ou les malléoles, au moins le point d'appui est-il pris sur une surface aussi grande que possible.

Quant au point d'appui de la partie supé-



rieure toujours le plus difficile, et celui qui entraîne le plus de dangers, sans doute, chez un individu débilité, la pression continue déterminera toujours des accidens; mais, dans tous les cas, cette pression est-elle beaucoup plus supportable avec un point d'appui fixe et qui ne peut varier dans aucune circonstance qu'avec le sous-cuisse des autres bandages. Quelque bien matelassé que soit ce dernier, il sera toujours tiraillé de dedans en dehors par l'attelle extensive; toujours les adducteurs seront violemment comprimés et supporteront seuls les efforts d'extension, car la tubérosité sciatique, par sa forme arrondie, et recouverte qu'elle est d'un tissu cellulaire sous lequel elle semble rouler, échappera à un sous-cuisse tiraillé en dehors. Par la fixité de notre sous-cuisse, nous avons encore évité un danger signalé par M. Boyer, c'est que quelle que soit la douleur que ressente le malade, il ne peut détacher le bandage, ce qu'il pouvait faire avec les autres appareils ; avec le nôtre, le malade se trouve absolument à la discrétion du chirurgien.

La cuvette dans laquelle se trouve logée la fesse est formée par trois branches, l'une externe, l'autre moyenne, et la troisième interne. Celle-ci vers le coxis se dégage de la cuvette, et passant entre les cuisses, vient, en se contournant, faire saillie à la partie interne. Cette branche doit se continuer jusqu'au niveau de la face antérieure de la cuisse; là, elle est réunie sans effort par une lanière à la branche externe de la cuvette. Celle-ci, préalablement garnie d'un bon coussin, peut encore être, suivant le volume de l'individu, matelassée avec de la charpie ou du coton.

Je suppose que l'on ne veuille tenir aucun compte de ce point d'appui pris sur la fesse : encore est-il évident que la pression du sous-cuisse sera beaucoup moins douloureuse dans mon appareil, car la base sur laquelle il s'appuie est bien plus large, car la tubérosité sciatique ne peut lui échapper, car enfin il n'est pas tiraillé en dehors.

De tous les accidens qui viennent compliquer et suivent le traitement des fractures du col et comminutives du corps du fémur, l'ankilose est sans doute le plus fréquent et le plus inévitable. on ne peut trop chercher à la prévenir. Permettre des mouvemens au membre sans changer la disposition des fragmens, sans cesser l'extension continue, était, je pense, le problème à résoudre. Pour ce faire, je brise ma tige à extension vers la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs; de manière à ce que ce bris corresponde au pli du jarret, puis j'articule par trois points différens à un pouce de distance chaque, pour que l'appareil puisse s'accommoder à des longueurs différentes de membres. Un mécanisme très simple s'oppose à ce que cette articulation puisse jouer, dans aucun point, sans la volonté du chirurgien, et lorsque le cal paraît avoir fait quelques progrès, au bout d'un temps plus ou moins éloigné, suivant l'âge du malade et les accidens qui compliquent la fracture, je permets de légers mouvemens de flexion dans l'articulation tibio-fémorale, je puis même laisser le membre plus ou moins long-temps dans la demie flexion et toujours sans cesser l'extension. Que si, dans ce mouvement, il y a alongement des muscles de la partie antérieure de la cuisse et de la jambe, je puis facilement lâcher un ou deux crans du cric au moyen du quel je fais mon extension, et toujours ces fragmens resteront en rapport. Ce changement dans la position, quelque léger qu'il soit, est agréable au malade, et ne peut s'opposer à la consolidation. Le chirurgien devra savoir quand il pourra permettre cette modification ; mais je pense qu'il n'y a pas de précepte à donner sur ce point.

L'angle formé par le brisement de la tige à extension devra être garni de coussins pour ménager le pli du jarret.

Cette modification de l'appareil ne se voit pas sur la planche parce que je n'y ai songé que depuis que cette planche a été gravée; mais il est facile à l'esprit de se la figurer.

Tels sont les avantages partiels de chaque pièce de l'appareil; mais une fois appliqué, combien d'autres encore! Et d'abord, s'il y a fracture du col du fémur, je puis au moins laisser respirer mon membre, il ne s'étiolera pas, il ne s'atrophiera pas, sous ces triples tours de bandes, ces coussins, ces attelles qui le compriment et l'étouffent. Qui n'a vu les membres les plus charnus, les mieux musclés, sortir grêles, décolorés, flasques, au bout de deux ou trois mois de la rude prison où l'on les avait renfermés ?

Que si j'ai à traiter une fracture comminutive ou simplement en bec de flûte du corps du fémur, mais c'est alors surtout que je puis dire avoir une extension continue; une fois pratiquée je n'ai plus besoin d'y revenir. Chaque jour, s'il y a lieu, je pourrai faire mes pansemens sans rien changer à la position des fragmens. Je puis appliquer entre le membre et ma tige d'extension un bandage de *Scultet*, le lever aussi souvent qu'il sera nécessaire, arroser le membre d'acétate de plomb, etc.; faire enfin tout ce qui est nécessaire, sans nuire en rien à la coaptation.

Ici j'aurai encore l'avantage que j'ai signalé plus haut: maintenu par mon appareil dans la position la plus normale, et ne pouvant la changer, le membre n'aura pas besoin d'être comprimé par des attelles; le bandage de *Scultet* ou une simple bande roulée pourront suffire, et l'air pouvant pénétrer jusqu'au membre accélérera sa guérison en ajoutant à sa vitalité.

Autre cas. Je suppose une fracture directe avec les contusions qui accompagnent ce genre de fractures; je suppose la sortie d'un fragment à travers les muscles et l'existence de nombreuses esquilles. L'amputation ne paraît pas absolument nécessaire; faudra-t-il donc alors, pour pratiquer l'extension continue, attendre la sortie des esquilles, la cessation des accidens inflammatoires déterminés par les contusions? ou bien faudra-t-il, pour faire les pansemens, détruire chaque jour le travail de la veille ?

Que de temps perdu pour la guérison! que d'accidens développés par les piqûres des esquilles dans les mouvemens du membre! et cependant, chez un adulte, bien portant d'ailleurs, la consolidation peut avoir lieu dans deux mois, deux mois et demi avec un bandage approprié.

Pour bien remplir les indications voulues, le

membre doit avoir un point d'appui dans toute sa longueur, et ne former, pour ainsi dire, qu'un avec le bassin. Quel que soit le lit sur lequel on ait couché son malade, jusqu'ici peu à peu la fesse faisant son trou, tombait au dessous du niveau du membre et en détruisait le parallélisme. Ici, ma cuvette s'y oppose, et elle s'oppose même à ce que, dans les mouvemens les plus légers, le malade puisse déranger les fragmens, car la cuisse et le bassin sont comme soudés ensemble.

Les trois fers à cheval, glissant sur toute la longueur de la tige, peuvent être portés où le point d'appui est nécessaire, et de manière à ne pouvoir gêner les pansemens.

Les deux branches en fer qui, de l'extrémité de la tige, viennent s'appliquer sur les bords latéraux du soulier et peuvent être fixées à celui-ci par une boucle, s'opposent à la rotation en dehors.

Enfin, comme la cuvette droite ne peut servir pour une fracture du membre gauche, et réciproquement, deux écrous que l'on remarque à la partie supérieure de la tige servent à fixer solidement la cuvette convenable.

Sans doute il reste encore à cet appareil beaucoup d'imperfections; mais l'usage les fera connaître, ainsi que les heureuses modifications qu'on peut y apporter.

Je sais qu'il pourra toujours se former des escarres au coude-pied ou à l'ischion; mais je crois avoir obvié à leur fréquence.

L'appareil pourra être coûteux; mais cette question ne doit pas, que je sache, être prise en considération.

Il pourra effrayer le malade; mais que l'on rapproche la planche qui représente le membre placé dans mon appareil, de celle que l'on voit à la fin du troisième volume de la chirurgie de Boyer, et je crois que la comparaison sera tout à mon avantage.

Au reste, je lui dois un succès; pour qu'il soit essayé, il faut qu'il soit connu : je le livre à l'examen des gens de l'art.

A. Louvel, D.-M. P.

Médecin de la maison de répression de St-Denis.

III. SUR LE CATHÉTÉRISME SIMPLE ET FORCÉ, ET SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE ET DES FISTULES URINAIRES.

On a contume de faire des chapitres à part de l'art de porter la sonde dans la vessie, et des moyens de combattre les coarctations du canal urétral et les fistules urinaires. C'est, en effet, que ces opérations se pratiquent, assez souvent, contre des affections bien distinctes, et qui n'ont rien de commun entre elles. Je réunirai cependant ici les préceptes relatifs à ces trois objets, parce qu'ils sont à mon avis identiques et inséparables, et que je combats les rétentions d'urines, les resserremens de l'urètre et les fistules urinaires par les mêmes procédés opératoires. Ce que je dirai donc du manuel propre à dompter les rétrécissemens devra s'appliquer aussi au cathétérisme destiné à vider ou à explorer la vessie, et, en confondant ainsi ces opérations, je signalerai un pas de plus vers la simplicité.

En affirmant, tout d'abord, que le cathétérisme est *beaucoup plus facile* avec des sondes métalliques qu'avec des corps analogues emplastiques, élastiques ou formés de boyaux, je ne fais sans doute que rappeler une vérité vulgaire; mais, c'est d'autant plus nécessaire, qu'elle est en quelque sorte méconnue, du moins dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires, et qu'on se sert de préférence des moyens en dehors des sondes de métal pour combattre ces affections. Cependant, les rétrécissemens sont de plus en plus communs, et leur opiniâtreté, les traitemens longs qu'ils réclament, et leurs fréquentes récidives, sont bien faits pour appeler l'attention des praticiens sur une médication nouvelle, et pour légitimer la révision de ce qui se fait généralement aujourd'hui.

Je n'aborderai point la question de la *cautérisation*, car, quel qu'en soit le succès, toujours est-il que, le plus souvent, ce mode de traitement exige, *avant*, *pendant* et *après*, l'usage plus ou moins prolongé des corps dilatans, et qu'on peut hardiment faire une très large part à ces derniers dans les heureux résultats qu'on prétend avoir obtenus par l'emploi du caustique. Quoi qu'il en soit, la dilatation, c'est-à-dire, la *compression de dedans en dehors des parois du canal de l'urètre*, est et sera toujours un des moyens les plus efficaces de notre art. Il s'agit seulement de *savoir s'en servir* A PROPOS, et *de la pousser suffisamment loin*.

Sous ces deux rapports, la pratique actuelle laisse beaucoup à désirer, et est encore trop entachée de timidité et de cauteleux préceptes. C'est ainsi, par exemple, qu'on a généralement recours à de petites cordes à boyaux, à des bougies ou sondes très menues, dès que le jet de l'urine ou des obstacles à l'introduction de la sonde font supposer qu'il existe un ou plusieurs rétrécissemens plus ou moins considérables. On se traîne longuement et péniblement, de numéros inférieurs à numéros supérieurs, jusqu'à ce que le calibre urétral soit propre à admettre une *petite* sonde élastique. On laisse alors celle-ci à demeure, et ce n'est qu'après quelques jours qu'on se hasarde de lui en substituer une seconde, moins petite, puis successivement une troisième un peu plus grosse, et ainsi de suite. Mais il est rare qu'on aille bien loin avec ces corps dilatans, parce que leur introduction est parfois accompagnée d'une certaine difficulté; que le séjour prolongé de grosses sondes n'est pas toujours sans inconvéniens, et parce *qu'on redoute de forcer*. Ce dernier mot devient même une sorte d'épouvantail qui amène aussitôt, à sa suite, ceux de *déchirures*, de *fausses routes*, de *dépôts urinaires*, de *gangrène*, etc. Aussi recommande-t-on, constamment, de procéder avec beaucoup de prudence, chaque fois qu'il s'agit des difficultés du cathétérisme.

J'avais besoin de rappeler, en ce peu de mots, ces points de pratique et la marche lente et méticuleuse qui est assez généralement suivie. Si elle était absolument nécessaire rien de mieux,

sans doute, que d'insister pour qu'on ne s'en écarte pas; mais tant de longueurs, de craintes et de précautions, outre qu'elles sont inutiles, induisent en erreur le praticien et lui font perdre de vue les moyens d'arriver *plus vite et plus sûrement* au but.

Ceux que j'ai adoptés sont en opposition *directe* avec cette conduite et avec ce qui est indiqué presque partout. Cependant, j'ai tout lieu de croire que je suis dans la bonne voie; et ce qui m'autorise à penser ainsi, c'est que, depuis trente-cinq ans que je m'y suis insensiblement engagé, je n'ai plus été dans le cas de faire la ponction de la vessie; je suis toujours parvenu à pénétrer dans cet organe, je n'ai jamais eu d'accidens, quoique j'aie poussé, en PEU DE JOURS, de très grosses sondes, là où de fort habiles chirurgiens (1) n'avaient pu, en plusieurs années, faire pénétrer que de simples bougies. J'ajouterai que mes sondes, quoique très volumineuses, ont ce grand avantage, qu'elles finissent toujours par se manier si facilement, que les malades ne tardent guère à les faire glisser, eux-mêmes, sans crainte et avec rapidité, jusque dans la vessie.

Le mot de *sonde* me paraît, du reste, assez impropre pour que je craigne de trop innover, en en proposant la suppression. Je lui substituerai celui fort connu de *cathéter*, qui répond si bien à l'expression de *cathétérisme* qui fait le sujet de ce mémoire. Je ne confondrai donc plus, sous la même dénomination, deux instrumens différens, la véritable sonde ou le *stylet*, et le tube chargé de vider la vessie, de l'explorer au besoin, et de dilater son conduit excréteur. Je dois même ajouter encore, que, lorsque j'emploierai le mot seul de *cathéter*, je comprendrai, sous ce nom, un *tube métallique*, percé d'une ou de deux ouvertures, près de son extrémité, et que cette extrémité est toujours d'une *certaine* dimension et arrondie en forme d'olive.

Voici la manière dont je me sers de cet instrument, pour le faire passer au travers du canal de l'urètre, lorsque celui-ci présente des obstacles au passage de l'urine, ou lorsqu'il faut le *recalibrer*.

Si, comme il arrive quelquefois, le méat urinaire est lui-même déjà plus ou moins rétréci, je l'enfile avec un cathéter, dont l'extrémité *arrondie* est en rapport avec l'ouverture étroite du gland; mais alors cet instrument est *conique*, il va graduellement en augmentant de volume, et à mesure que je le fais cheminer, il écarte, de plus en plus et *à vue d'œil*, l'orifice du pénis, et lui donne, *rapidement*, un calibre convenable et nécessaire, qu'il est rare qu'il ne conserve pas, afin de faciliter les manœuvres que je devrai exécuter dans la suite. Je signale, à dessein, ce qui se passe dans ce premier temps de l'opération, au méat urinaire, et je le donne déjà comme un aperçu et une véritable représentation de ce que je vais obtenir, successivement, sur les autres parties rétrécies du canal urétral, aussitôt que je pourrai les traverser.

Mais, quelque considérables que soient les rétrécissemens et les obstacles, *jamais* je ne les attaque avec *des corps d'un petit calibre*, et je me garde, surtout, de les forcer en m'ouvrant un passage avec une sonde conique, en forme de dard, que d'autres osent pousser violemment tout à travers le canal urétral. Je crains trop les fausses routes, les déchiremens et les lésions qu'on voit survenir, presque infailliblement, chaque fois qu'on s'obstine à n'agir qu'avec des instrumens si propres à blesser. Je dirai mieux, c'est que, *plus le rétrécissement est prononcé et opiniâtre;* en d'autres termes, *plus l'urètre offre de difficultés au cathétérisme et à la libre excrétion des urines, plus aussi j'ai soin de m'armer d'un cathéter* DE PLUS EN PLUS VOLUMINEUX.

Ce précepte ne paraîtra plus absurde ou paradoxal, si l'on veut bien le mettre en pratique, et réfléchir à ce qui se passe, chaque jour, dans un grand nombre de fonctions et d'opérations. Nous allons passer en revue quelques unes de celles qui peuvent le mieux éclairer ce sujet.

Vous avez à opter entre une très petite et une très grosse canule, pour l'injection d'un lavement, et vous donnez, sans balancer, la préférence à cette dernière, parce qu'elle ne vous laisse pas trop à redouter les picotemens plus ou *moins* douloureux de la première, ses arrêts dans les plis de la muqueuse du rectum, et plus que cela même, si c'est une main peu exercée qui dirige l'instrument. N'est-il pas évident, en effet, que plus la canule sera petite, et plus elle exigera de précautions pour l'introduire; et qu'au contraire, il n'y en aura presque pas besoin si la canule est volumineuse, ou du moins terminée par une extrémité assez forte; arrondie et lisse.

L'introduction, dans l'anus, de plusieurs doigts et même de la main entière, sans trop de préparations préliminaires et d'inconvéniens, ainsi que Hunter et moi-même l'avons éprouvé, pour repousser le fond d'une matrice, dans une rétroversion considérable, parle encore en faveur de la facilité d'une dilatation forte, par des corps d'un gros volume.

L'intromission de la verge, chez une vierge, lors même qu'elle est accompagnée de brusquerie, peut encore donner une idée de l'innocuité d'un écartement forcé, par un corps volumineux, lorsqu'il est *arrondi* à son extrémité. Mais ce qui est ici d'un grand poids, c'est la dilatation énorme et souvent très rapide de l'orifice utérin et de la vulve, par la *pression et les efforts soutenus* de la tête d'un fœtus à terme; et cette circonstance décisive, qu'une grosse boule semblable à cette tête, se fraie assez facilement, dans ce cas, un large passage, à travers les organes sexuels, tandis qu'un simple stylet, même en des mains habiles, ne pourrait guère pénétrer sans risquer de blesser plus ou moins, et de laisser des traces de sa présence.

Ce qui s'observe dans ce passage de la tête du fœtus, à travers le museau de tanche, le vagin et la vulve je ne le perds jamais de vue, lorsque je dois *forcer* un rétrécissement et

(1) Après les journées de juillet, par exemple, et à la rentrée des troupes suisses dans leur patrie, j'ai eu plus d'une occasion de soigner et de rétablir, par mon seul procédé, plusieurs individus qui avaient été traités sans succès à Paris et dans d'autres grandes villes, et dont quelques uns présentaient des affections urétrales graves, contre lesquelles avaient échoué les hommes le plus justement célèbres, et les procédés les plus variés.

dompter de graves difficultés dans l'urètre. Je cherche constamment, alors, à imiter *en tous points*, cette marche qu'indique la nature, et j'envisage le cathétérisme *forcé*, en quelque sorte, comme un petit *accouchement retourné;* c'est-à-dire, que le bout arrondi de mon cathéter représente, *pour entrer* dans la vessie, en parcourant l'urètre, la marche que suit la tête du fœtus *pour sortir* des organes sexuels, après qu'elle les a successivement et *forcément* dilatés.

Ce point de vue ou ces rapprochemens sont assez importans et justes, comme on pourra mieux encore s'en assurer plus bas. En conséquence, je prélude, ordinairement, avec un cathéter dont l'extrémité arrondie ait environ deux lignes de diamètre. Je le porte sur la portion rétrécie, où je ne crains pas de l'appuyer avec *énergie*, et j'essaie de le faire pénétrer en exécutant, alternativement et avec *quelques efforts*, de petits mouvemens de gauche à droite, d'avant en arrière, de vrille et de *va et vient*. En un mot, je m'attache tout particulièrement, dans cette introduction forcée mais *lente*, à reproduire les mouvemens divers et rationnels qu'exécute l'opérateur quand il introduit le doigt, la main, le spéculum, le forceps dans les organes génitaux de la femme; une mèche ou un doigt dans l'anus; un stylet ou un doigt encore dans une plaie, etc. J'imite même, au besoin, les manœuvres d'un artisan, lorsqu'il pousse un poinçon à travers le trou trop étroit d'un cuir épais.

On doit supposer, d'ailleurs, que, dans ces tâtonnemens variés et toujours accompagnés d'un certain degré de pression, je ne perds pas de vue les connaissances anatomiques et la structure des parties soumises à mon action; et, en me rappelant la marche progressive de la tête dans la parturition, j'ai soin surtout de ne pas me presser et de m'arrêter de minute en minute, soit pour ne pas trop fatiguer le malade, soit pour donner aux parties le temps de céder. Je continue de la sorte mes essais de *pression*, avec le même instrument, *si je fais quelques progrès;* mais si j'ai lieu de croire que je n'avance pas, que l'obstacle résiste trop fortement, et que je serais dans le cas d'employer plus de force pour le vaincre, alors j'ai recours, et toujours en procédant de la manière que je viens d'indiquer, à des numéros successivement *plus forts*. Je m'autorise précisément de ce volume de plus en plus considérable, pour graduer, de même, mes efforts et les rendre *de plus en plus inoffensifs, quoique toujours plus énergiques*.

Cette pression fort lente, parfois *interrompue* et toujours méthodique contre un point résistant qu'il faut faire céder, me met à l'abri des fausses routes et des déchiremens; je n'ai, du moins, jamais éprouvé ces accidens, et je les crois bien plutôt possibles lorsqu'on fera usage de petites sondes ou bougies, à extrémité aiguë ou fort ténue.

Voici, au surplus, quelques essais comparatifs, qu'on peut facilement répéter, et qui me semblent propres à jeter un grand jour sur ce sujet.

Après avoir fléchi et serré les doigts, comme lorsque l'on fait le poing, essayez de pousser un gros cathéter dans la région palmaire, ainsi repliée sur elle-même, et faites le pénétrer avec effort et en serrant suffisamment; vous y parviendrez *facilement* et *sans occasioner de douleur;* mais, si vous faites la même manœuvre avec des cordes à boyaux, des bougies, ou des sondes en gomme élastique, vous verrez de suite, quelque ténues que vous les supposiez, et précisément à cause de cette ténuité même, que vos essais seront nuls et friseront même le ridicule. Que si, au lieu de ces moyens, presque puérils, vous avez recours à un mandrin de fil de fer, à une sonde conique d'argent, ou à un stylet boutonné, vous sentirez vos doigts piqués, le corps dur et mince butter à chaque instant contre le moindre pli, la plus légère anfractuosité, et n'avancer qu'en vous blessant.

Renouvelez ces mêmes épreuves, mais au lieu de présenter les divers corps dilatans, sur l'endroit même par où vous voulez les faire pénétrer, placez-en le bout au hasard, dans l'espèce de cul-de-sac ou d'entonnoir qui existe entre l'index et le pouce, fléchis l'un sur l'autre, et vous remarquerez que la sonde, plus ou moins petite ou aiguë, tendra, *inévitablement*, à faire une fausse route, tandis que le bout semi-globuleux du gros cathéter viendra se placer, comme de lui-même, et glissera constamment vers le centre de l'enfoncement ou vers l'endroit *qui offre le moins de résistance*, et qu'il l'enfilera, en l'écartant, précisément comme les produits de la conception se portent vers l'orifice utérin, endroit plus facile à faire céder, et l'élargissent à chaque contraction de la matrice.

N'est-ce pas, en effet, de cette manière que procède la tête du fœtus, lorsqu'elle dilate et franchit le col de l'utérus? Celui-ci a beau se trouver en arrière ou sur les côtés, il n'ouvrira pas moins son passage *naturel* à la masse arrondie et résistante de l'enfant; tout comme ce dernier se fraierait, à coup sûr, une route *contre nature*, dans les mêmes circonstances, si la partie qui se présente la première était tant soit peu terminée en pointe, au lieu d'être arrondie.

Mais l'expérience suivante achèvera de lever tous les doutes sur la valeur du procédé que je recommande. Procurez-vous l'étroit boyau d'un petit animal, étranglez-le en le pressant circulairement avec un fil ou un ruban; serrez lâchement au moyen d'un nœud simple; cherchez alors à forcer ce canal, ainsi rétréci et oblitéré, en employant alternativement un petit et un gros corps cylindrique: vous observerez constamment que le petit cylindre, à l'instar d'un corps aigu, sera prêt à *percer* l'intestin, au lieu d'écarter l'obstacle; mais au contraire, que l'extrémité mousse et arrondie en forme d'olive de la grosse algalie, au lieu de menacer de crever le canal membraneux, forcera le lien à céder et la constriction à disparaître *sans endommager* les parois intestinales.

Si, cependant, vous n'êtes pas encore bien convaincus de la solidité des principes que j'établis, répétez, sur la verge même d'un cadavre, les essais ci-dessus; ou bien, enfin, remettez un cathéter au premier venu, à un enfant même, et faites-le leur porter dans la vessie, après une légère instruction. Ils réussiront, bien certainement, si vous leur avez donné un

instrument d'un gros calibre; mais ils pénétreront bien difficilement, si, au contraire, ils n'ont en main qu'un petit cathéter.

Quelques unes des considérations que je viens de présenter, seront surtout appréciées par les praticiens, et je les offre, déjà, en réponse aux objections spécieuses qu'on ne manquera pas d'élever et qu'on tirera des diverses anomalies dans la direction du canal, des difformités ou tortuosités de celui-ci, et de la nécessité de les noter et constater, exactement, au moyen des sondes *exploratrices*, avant de songer au cathétérisme. L'introduction préalable de ces instrumens d'exploration, qu'ils soient gradués ou non, est évidemment *à pure perte* pour le succès de l'opération. *Jamais* je n'y ai recours, et je me confie à l'action du cathéter, dont l'extrémité arrondie et ferme saura bien se frayer une route au travers d'un canal *membraneux*. Quelles que soient les inclinaisons tortueuses de ce canal *souple et flexible*, il faudra bien qu'il s'adapte à la direction du cathéter, comme le fourreau à l'épée, et comme la sonde élastique au fil de fer. Et qui ne voit, qu'en pressant un peu la comparaison, on ne puisse faire envisager le cathéter comme le *mandrin de l'urètre*; que l'une doit nécessairement se mouler sur la forme de l'autre, et que c'est au *contenant* à plier et non au *contenu* à subir la loi? Cela est si vrai, qu'on peut, à volonté, ainsi que chacun sait, donner aux cathéters une courbure plus ou moins forte, ou la forme de l'S romaine, ou même celle d'une ligne droite, sans empêcher ces instrumens de traverser le conduit urinaire, et en forçant celui-ci à se mouler exactement sur ces formes diverses. On arrive, en effet, toujours au but, *quelle que soit la forme de l'instrument*, pourvu qu'il soit disposé de manière à ce que son extrémité puisse longer la paroi antérieure ou supérieure de l'urètre, jusqu'au pubis, et s'incliner légèrement sous celui-ci, pour le contourner.

Fondés sur ce raisonnement bien simple, Gruithuisen et Amussat n'auraient pas tant tardé à paraître; mais aussi leur découverte n'aurait pas fait autant de bruit, et ces ingénieux chirurgiens n'auraient pas eu besoin de recourir aux démonstrations anatomiques pour la légitimer et la sauver de l'accusation du paradoxe, qu'elle a d'abord paru mériter.

Mais on alléguera, peut-être, que le rétrécissement à forcer et traverser, est parfois si étroit et entouré de tissus (fibreux et cartilagineux) tels, qu'il est impossible d'imaginer qu'un gros corps arrondi puisse les pénétrer et surtout s'y insinuer, précisément *dans le sens* du pertuis et du canal exigu qui subsiste encore. Je réponds que la pression, même *modérée* et plus ou moins soutenue de l'extrémité d'une algalie élastique, contre un point de la vessie, a souvent *usé et perforé* ce viscère; que le coude, le talon et le genou ont produit les mêmes résultats sur la matrice, dans des accouchemens prolongés et où les contractions violentes de l'utérus n'étaient pas mitigées par la présence des eaux de l'amnios; qu'un pois pressé sur une partie dénudée par un vésicatoire, ne tarde pas à se nicher tout entier dans la peau, pour y former un cautère; que la pression d'un très gros calcul contre les parois des uretères et de l'urètre suffit pour les faire franchir ces canaux; que des pulsations et pressions d'artères sont capables d'entamer et de déformer des os mêmes; que l'endroit occupé par le canal urétral, quelque ténu qu'on veuille supposer ce conduit, est et sera toujours, bien évidemment, la partie la plus *vulnérable*, la plus apte à céder et à s'ouvrir, une véritable brèche, en un mot; et que, semblable à l'orifice de la matrice, vis-à-vis de la tête du fœtus, ce point, *moins résistant*, sera celui qui se présentera constamment *le premier* sous le bec de la sonde pour lui livrer passage. Supposer le contraire, c'est nier l'évidence ou se retrancher derrière des anomalies morbides, tellement rares et exceptionnelles, qu'il serait peu raisonnable d'en faire la base d'une doctrine quelconque, ou un levier pour renverser tout un système, lorsque celui-ci peut s'adapter, *très bien*, à l'immense majorité des cas.

Voici, au reste, une expérience qu'on pourra répéter pour éclairer ce point de pratique. Prenez une couche d'un tissu quelconque, bien résistant; percez-la d'un petit trou, sur un point donné; dirigez vers cet endroit le bec d'un cathéter et faites des tentatives convenables pour l'enfiler : vous observerez constamment, que vos efforts commenceront par *déprimer un peu* le commencement de ce canal artificiel, et le transformeront en un *petit entonnoir*. Celui-ci sera, dès lors, le point où viendra toujours se rendre l'extrémité du cathéter, chaque fois que vous voudrez réitérer vos essais de perforation, par la pression de ce corps orbe. Mais, chaque fois aussi, vous augmenterez un peu la longueur de l'entonnoir, et *toujours dans le sens* de l'ouverture que vous aurez pratiquée avant vos opérations; de sorte que vous finirez bien vite par arriver à l'autre extrémité de cette ouverture artificielle; c'est-à-dire, que vous vous serez, finalement, frayé un *large* passage à travers cette couche imperméable; passage que vous pourrez conserver facilement et à volonté, en le pénétrant et parcourant souvent et longtemps, et qui, placé dans l'urètre, finira par s'organiser et se rapprocher plus ou moins exactement du canal normal, par sa structure et ses fonctions. Tout cela s'obtiendra d'autant plus facilement, que la partie rétrécie n'est, le plus souvent, qu'un *point*, ou un anneau d'une assez petite dimension.

A ceux, au surplus, qui répugneraient encore à se rendre à des faits aussi concluans, et qui feraient valoir l'état *pathologique* des parties à distendre et à traverser, j'opposerai l'observation d'un rétrécissement du vagin, par le docteur Duparque, consignée dans la *Gazette médicale* du 18 janvier 1834. « Rétrécissement ex-
« trême, d'un pouce et demi de longueur,
« présentant une série de brides et d'anfrac-
« tuosités alternatives, suites de gangrène et
« de désordres affreux dans le vagin : causés
« par un accouchement très laborieux avec le
« forceps; nouvelle grossesse au bout de dix
« mois; mais au cinquième mois de cette gros-
« sesse, l'entrée du vagin paraît, au premier
« abord, complètement oblitérée; elle présente,
« cependant, une dépression infundibuliforme,
« se terminant par une ouverture beaucoup
« trop étroite pour admettre l'extrémité du

« doigt indicateur ; une sonde de femme peut « seule y entrer. Dès lors, jusqu'au terme de « la gestation, bains entiers et de siége, intro- « duction d'éponge préparée pour dilater cet « étroit passage, saignées, etc. Marche natu- « relle de l'accouchement, dilatation lente et « graduelle de ce canal, en quelque sorte pa- « thologique, et passage au travers, *sans au- « cun accident notable*, d'un enfant à terme « et de taille ordinaire. »

Désireux de savoir ce qui était advenu de ce vagin si violemment distendu, je me suis adressé, tout récemment, à M. Duparque lui-même, et voici les renseignemens que je dois à sa complaisance : « J'ai eu l'occasion d'examiner cette femme, quelque temps après la publication de mon observation, et je fus agréablement surpris de la facilité avec laquelle je pus introduire un et même deux doigts dans le vagin. Ses parois étaient encore sillonnées de brides et d'anfractuosités, mais pas au point où je croyais les trouver. Il est aisé du reste de se rendre compte de cette disposition. Les brides, de nature comme fibreuse, ainsi que la plupart des cicatrices, ayant une fois *perdu leur ressort par une distension* FORCÉE, *n'auront pu revenir* COMPLÉTEMENT *sur elles-mêmes.* » On voit que ce médecin a parfaitement saisi le mécanisme et l'effet des dilatations vigoureuses, et que je puis le compter, déjà, parmi les partisans éclairés de mes procédés ; mais on peut se convaincre, en même temps, que si on eût fait, dans ce même vagin, des introductions successives de corps dilatans convenables, ceux-ci auraient pénétré *très facilement* et seraient parvenus à rendre à ce canal son ampleur normale, et même à *exagérer* son calibre naturel.

Si de tels faits doivent rester sans portée pratique, et si l'induction et l'analogie, *éclairées par l'expérience*, n'osent s'en emparer au profit de la science, il faut, désormais, renoncer au progrès et se ranger sous le drapeau des stationnaires, en attendant qu'on passe sous celui des rétrogrades. Mais revenons plus particulièrement à l'action du cathéter.

En répétant toutes les manœuvres que j'ai indiquées, et comparativement, d'un côté, avec des corps métalliques, et de l'autre avec des sondes élastiques de mêmes formes et dimensions, il deviendra facile d'acquérir la conviction de la supériorité des sondes métalliques sur celles dites élastiques. En effet, quel que soit le poli de ces dernières, elles ne glissent pas avec la même facilité que les premières, et elles n'offrent pas, d'ailleurs, cette fermeté particulière, nécessaire pour écarter des obstacles rénitens et pour les emporter de vive force. C'est que le mandrin ne les remplit jamais exactement, et qu'il n'est donc pas capable de leur donner cette solidité franche qu'on remarque sur le cathéter métallique. Je comparerai, *presque*, l'action de celui-ci à celle de la tête, dans l'accouchement, et la sonde élastique à la pression molle des fesses. Or, ces dernières, comme on sait, ont bien moins d'avantage que la tête pour se faire jour au travers des orifices utérins et vulvaires, et c'est à cette mollesse qu'est dû leur lenteur et leur peu d'énergie.

Il est une considération pratique très importante dans le système que j'établis et que je professe, c'est celle relative à l'effet *secondaire* des corps dilatans, introduits dans l'urètre. Quoique ce canal soit organisé, et qu'il ait des dimensions normales, il est d'observation que, semblable au vagin, à l'anus, et en général à toutes les membranes, il ne revient pas, *de suite*, sur lui-même lorsqu'il a été fortement distendu et qu'on en a augmenté sensiblement le calibre avec un corps plus ou moins volumineux. Il reste donc, le plus souvent, assez longtemps avant de se resserrer et d'offrir un nouvel obstacle au passage du cathéter. C'est que son énergie est comme vaincue, et sa résistance ultérieure impossible ; de sorte qu'on peut, après quelques minutes, comme au bout de plusieurs jours, réintroduire, sans trop de peine, le tube métallique qui a forcé et franchi le *défilé*, et lui substituer même immédiatement un numéro supérieur. Cette observation *constante* sert de base à la plupart des avantages qui se rattachent au nouveau système ; ils méritent donc d'être appréciés et signalés. Ainsi, à quoi bon laisser une sonde *à demeure*, dans une rétention et une fistule d'urine, lorsqu'il est si facile d'introduire un cathéter dans une vessie, *au fur et à mesure des besoins ?* Et pourquoi s'aviserait-on de recourir aux cordes à boyaux, aux bougies, aux sondes élastiques filiformes et autres, aux porte-empreintes et à la cautérisation, aux trop fameuses bougies à ventre, etc., lorsqu'on peut obtenir *sur-le-champ et par un seul et même instrument* beaucoup mieux qu'avec le secours de tous ces moyens compliqués ? J'ai dit *sur-le-champ*, car il ne s'agit souvent que d'une ou de deux introductions forcées, pour empêcher, pendant long-temps, la reproduction du resserrement. J'ai du moins plus d'une fois dompté, *pour toujours*, une pareille disposition, avec quelques cathéters de *gros calibre* introduits coup sur coup à travers l'urètre.

Le calibre des cathéters doit cependant être en rapport avec les dimensions naturelles qu'on peut supposer au canal excréteur, ou plutôt avec celles qu'il est *susceptible d'acquérir sans inconvénient*. Ainsi, on pourra commencer avec un cathéter qui aura deux lignes environ de diamètre, et s'élever successivement à quatre ou cinq numéros plus forts. On trouvera comme moi, et même avec les malades, que cette augmentation de volume des cathéters, *l'obstacle étant vaincu*, n'influe en rien sur la difficulté de les introduire. On dirait même, parfois au contraire, que cette difficulté est en raison directe de la petitesse du corps dilatant ; aussi n'ai-je point été surpris lorsqu'un de mes malades, à l'hôpital, me fit observer que *si je prenais une plus grosse sonde, l'opération serait plus prompte pour lui et plus facile pour moi.* Ce même individu était, au reste, si peu sensible à l'action du volumineux cathéter, qu'il permit volontiers à deux jeunes gens (MM. Thomas et Biaudet) qui suivaient mes visites, depuis quelques jours seulement, et qui jamais n'avaient tenu des sondes, de s'exercer au cathétérisme en ma présence, immédiatement l'un après l'autre. Ces élèves m'avaient vu appliquer une ou deux fois mon cathéter, et cela leur a suffi pour qu'ils pussent très bien en faire autant sur cet homme. Car, tel est encore l'avantage de ce système, qu'il peut être mis, sur-le-champ,

à la portée de tout le monde, et que, tant sous le rapport du bas prix de l'instrument que sous celui de la facilité d'en faire usage, le procédé que j'indique deviendra tôt ou tard populaire. Aussi ne manqué-je jamais de mettre à profit les heureuses circonstances que je viens d'énoncer, pour enseigner, le plus tôt possible, aux malades eux-mêmes ou à l'un de leurs proches, l'art du cathétérisme, soit qu'il s'agisse d'évacuer simplement la vessie, ou qu'il soit question de lutter contre des rétrécissemens de l'urètre et de dilater fortement ce canal (1). Ma tâche, au reste, est si peu difficile, que je n'ai presque pas besoin de donner des directions particulières, comme on vient de le voir au sujet des deux élèves cités plus haut.

Toutes ces vérités sont, au demeurant, parfaitement reconnues et mises à profit, *depuis assez long-temps*, par plusieurs de mes amis et confreres avec lesquels j'ai eu occasion d'en conférer. Je citerai, entre autres, les docteurs Baup, de Nyon, Mercier, de Morges, Guisan, de Vevey, Pellis et Charles Mayor, de Lausanne. Mon ami, le docteur Mayor, de Genève, manie également ce moyen, avec toute l'habileté qu'on lui connaît; mais tous avaient besoin d'être éclairés par les renseignemens qu'ils trouveront ici.

Je me suis servi, pendant plusieurs années, de sondes métalliques *pleines*, pour dompter les rétrécissemens urétraux, et j'en avais emprunté la forme aux Anglais. Plus tard, j'ai essayé de les rendre creuses, et je me serais volontiers tenu dès lors à ces dernières, si je n'avais craint le frottement des parois de l'urètre, et leur lésion, par les yeux de cet instrument, lors d'un cathétérisme forcé. Cependant, j'ai reconnu ensuite, qu'en étranglant un peu l'endroit où ces trous sont placés, de manière qu'ils se trouvent sur une portion du tube légèrement plus étroite que le bec et le reste de la sonde, ou en évasant ces trous comme je le dirai bientôt, cet inconvénient ne pourrait plus avoir lieu, aussi je ne me sers plus, aujourd'hui, que des cathéters *creux* pour toutes les opérations et affections qui nous occupent : c'est encore un véritable progrès vers la simplicité et l'économie.

Ces cathéters sont, ainsi que je l'ai déjà dit, de métal. L'or et l'argent iraient sans doute très bien ici; mais l'étain ou telle autre composition ou alliage seront toujours suffisans, pourvu qu'ils soient à *bas prix*, *assez résistans*, *susceptibles d'un très beau poli et peu cassans*, conditions essentielles. Les grosses algalies d'argent ont, cependant, cet inconvénient, qu'étant faites ordinairement d'une feuille très mince, les yeux se trouvent par là, bien évidemment un peu tranchans, tandis que les parois des cathéters d'étain sont épaisses, et que leurs ouvertures peuvent être arrangées de manière à ne jamais blesser : il suffit de les *évaser* et arrondir convenablement.

Il serait cependant facile, sans augmenter sensiblement le prix des cathéters d'argent, de les rendre plus massifs, et en quelque sorte solides, près de leur extrémité arrondie, et de les assimiler, par-là, à ceux dont je me sers et auxquels je donne la préférence. C'est un perfectionnement qu'on devrait faire entrevoir aux fabricans, et dont ils saisiraient aisément les avantages. Il est une autre précaution importante à leur recommander, c'est celle de ne faire jamais arriver le vide du tube quelconque qu'*au niveau même du dernier trou*, et d'éviter, par là, vers le bec de la sonde, une espèce de cul-de-sac difficile à nettoyer, et où peuvent facilement s'accumuler du sang, du mucus et même des matières contagieuses. C'est un orfèvre de mes amis, appelé à fondre de vieux cathéters d'argent, qui, le premier, m'a fait observer, vers leur bout recourbé, ces substances animales durcies, et qui exhalent une odeur infecte dès qu'on les liquéfie dans l'eau ou qu'on les vaporise par le feu. On conçoit, du reste, les inconvéniens qui peuvent résulter de la disposition que je signale, et comme il est facile de les éviter.

En donnant, au surplus, la préférence à l'étain, ainsi que je viens de le dire, je mets mon moyen, sans contredit, mieux à la portée du plus grand nombre des chirurgiens et des malades eux-mêmes, et j'offre aux administrations publiques la facilité de remettre de ces instrumens aux pauvres qui pourraient en avoir besoin. Celle qui est à la tête de l'hôpital du canton de Vaud, et que dirige avec tant de zèle M. le professeur Chavannes, m'a autorisé à faire des prêts ou des dons pareils, à ceux de nos convalescens qui savent s'en servir, et qui, munis de ce moyen, peuvent continuer à se soigner chez eux, et à prévenir *des rechutes*. Cette attention tourne donc ainsi, tout à la fois, au profit des malades qui peuvent sortir plus vite de l'hôpital et reprendre impunément leurs occupations habituelles, et de l'établissement qui s'en débarrasse beaucoup plus tôt. C'est encore un progrès en faveur de l'humanité et où l'économie trouvera son compte aussi, car le cathéter le plus gros et le mieux fait ne coûtera que deux francs de France (1).

(1) Si les calculs vésicaux étaient moins rares en Suisse, nul doute que j'aurais eu déjà l'occasion de pratiquer la lithotritie, et je n'aurais alors pas manqué de préparer, ou de faire préparer, par les malades eux-mêmes, le canal de l'urètre, en y introduisant, successivement et pendant quelque temps, *par avance*, mes divers cathéters. Par ce moyen, j'aurais obtenu deux résultats avantageux : le premier, d'habituer l'urètre à la présence des corps étrangers, et le second, de leur ouvrir une très *large* voie, deux circonstances qui sont bien faites pour faciliter, singulièrement, les manœuvres de l'opérateur, et les rendre plus supportables à l'opéré. MM. les docteurs Gensoul, de Lyon; Senn, de Genève, et Turk, de Plombières, ont bien vite entrevu cet avantage immense, et s'en sont promis les plus heureux effets. Ce n'est pas à Paris, où le broiement de la pierre est porté à un si rare degré de perfection, que je dois en dire davantage.

(1) J'ai été assez surpris d'apprendre, de la bouche de plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris, que des dons pareils ne pourraient pas avoir lieu en France, et que les administrations ne se prêtaient pas volontiers à de semblables sacrifices. Ils sont donc obligés, m'ont-ils dit, de garder les malades atteints d'affections urétrales, *aussi long-temps* qu'ils peuvent avoir besoin de sondes, et de les renvoyer sans moyen de se préserver des récidives. Aussi ne tardent-ils pas, a-t-on ajouté, de se présenter de nouveau, à *un autre hôpital*, et de faire, quelquefois, le tour de la plupart des établissemens de cette nature, tandis qu'il est rare qu'un

Ces tubes en étain subsisteront et se multiplieront nécessairement, car ils ne s'usent pas facilement, et les pauvres ne sont pas tentés de les vendre. Ce sera donc une dépense faite une fois seulement, tandis que celle qui résulte de l'achat de bougies et de sondes élastiques, ne peut guère se calculer et est toujours très considérable. Toutes ces considérations si manifestes ont déterminé plusieurs médecins étrangers, auxquels j'ai fait voir ces instrumens, à en emporter sur-le-champ un grand nombre.

La courbure que je donne aux cathéters n'a rien de particulier, et ne m'a jamais paru d'une telle importance que je dusse en avoir de formes bien variées. Chacun peut, au reste, les arranger et les courber suivant ses besoins.

Ma manière de les introduire est celle dite *ordinaire ;* c'est-à-dire que je couche l'instrument dans le sens de la ligne blanche, et que je le fais pénétrer doucement dans cette direction, *aussi long-temps que je sens qu'il avance.* Lorsqu'il est arrivé à une profondeur telle qu'on peut supposer être celle qui répond au pubis, et que cet os est tourné, je baisse le bout extérieur de l'instrument pour en engager le bec intérieur derrière le pubis, et je cherche à le faire avancer en en ramenant doucement l'extrémité visible entre les cuisses et parallèlement à ces dernières.

Lorsque l'obstacle a été vaincu par une première introduction, les suivantes ont lieu presque *par le propre poids* du tube métallique, et il m'arrive très souvent, alors, de n'avoir besoin, pour exécuter l'opération, même avec de gros catheters, que de diriger l'instrument *avec le bout du petit doigt.*

L'assistant ou le malade que je tiens à mettre au fait de cette facile opération, suit, sans difficulté, cette petite manœuvre, mais je commence ordinairemont leur instruction par leur faire *retirer* le tube de la vessie et de l'urètre, et par appeler leur attention sur la marche qu'il suit en sortant. Elle est, leur dis-je, l'inverse de la direction qu'il doit garder en entrant; et, puisque pour le faire sortir de la vessie il faut faire décrire à l'extrémité extérieure de l'instrument une courbe qui, du niveau des cuisses, se dirige vers l'ombilic, de même, pour le faire entrer, on couchera d'abord le conduit métallique sur le nombril, afin de le ramener graduellement dans une direction opposée et entre les cuisses; et comme, dans cette marche rétrograde, l'extrémité urétrale du tube appuie nécessairement contre la paroi postérieure ou inférieure du canal, elle doit, *de même*, pour sa plus facile introduction, *ne pas quitter* sa paroi antérieure ou supérieure. Je dois cependant ajouter, qu'en faisant, tout d'abord, retirer à mes malades le cathéter de l'urètre, cette opération, en apparence si simple, n'est pas toujours exempte de quelques difficultés. En effet, dans un premier cathétérisme, et lorsque le rétrécissement est considérable et ancien, si surtout j'ai été obligé de vaincre sa résistance avec plus ou moins d'efforts, il arrive ordinairement que l'instrument est comme *enclavé* dans cet étroit passage, et que cette constriction s'oppose fortement à son extraction. On le conçoit aisément, car il a franchi des tissus souvent durs et rénitens, et il se trouve comme engagé, dans un ou plusieurs très petits anneaux, où il est serré de très près et comme dans une espèce de filière. Cette constriction ou attrition est quelquefois telle, qu'elle est capable, ainsi que je l'ai observé souvent, de donner, au métal, un poli sensiblement plus beau. Cette observation n'a pas été perdue, et je ne manque jamais, avant d'huiler et d'introduire mon cathéter, de le frotter un moment avec un linge propre ou de la peau. Par ce moyen, je le réchauffe suffisamment et je lui donne en même temps cet aspect brillant qui peut contribuer à le faire glisser plus facilement sur l'endroit rétréci. C'est une légère précaution qu'il est bon de rappeler à l'opérateur, et qui peut être utile sous plus d'un autre rapport.

Je crois avoir, à peu près, tout dit sur ce sujet, et mis maintenant mon lecteur à même d'appliquer, toujours facilement, mon procédé aux cas nombreux qui le réclament. Passons-les donc rapidement en revue.

Lorsqu'il s'agira de certaines rétentions d'urine, de paralysie de vessie et de fistules urinaires, où l'indication ne consiste qu'à vider la vessie artificiellement, on introduira le cathéter, ou on le fera introduire un instant, *chaque fois* que le besoin d'uriner se manifestera. On n'aura donc pas recours, alors, à une sonde élastique, et on pourra, *le plus souvent*, se dispenser d'en placer une pour la laisser à demeure dans le canal. Cependant, voici quelques exceptions *rares* à cette règle générale. Ces cas seraient, par exemple, ceux où le chirurgien ne pourrait se faire suppléer ni par un assistant, ni par le malade; ceux où celui-ci aurait du délire, ou une grande agitation; ceux où le médecin croirait utile d'évacuer l'urine au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie; ceux où le cathétérisme serait trop fréquemment nécessaire; et ceux enfin où, contre attente, l'introduction reitérée d'un tube métallique serait accompagnée de douleurs vives, de répugnance et d'aversion du côté du malade. A part ces cas, *tout à fait exceptionnels*, on ne se servira que du cathéter métallique, et on ne l'introduira que le temps nécessaire pour l'excrétion artificielle des urines, lorsque cette opération est évidemment indiquée.

Je dois signaler ici un des avantages incontestables de cette introduction (au fur et à mesure des besoins), qu'a le cathéter sur la sonde élastique laissée à demeure, c'est qu'avec cette dernière, on ne sait jamais, positivement, si la vessie a repris ses fonctions, et si on ne continue pas, mal à propos, l'usage permanent du tube élastique, alors que, depuis bien des jours peut-être, l'organe serait en mesure de se suffire à lui-même. Rien de pareil ne peut jamais avoir lieu avec le cathéter appliqué comme je viens de le dire; car, chaque fois que le be-

malade de ce genre, traité à l'hôpital de Lausanne, ait besoin d'y venir chercher de nouveaux secours. Qu'y pourrait-il faire en effet? Il sait se sonder comme un habile chirurgien; il a en main le moyen sûr de faire cette opération, chaque fois qu'elle est requise; et il est instruit des circonstances qui la réclament, soit qu'il s'agisse de recommencer un traitement facile, soit, plutôt, de prévenir, *à temps*, un retour du mal. Ceci est une preuve de plus, que la meilleure économie consiste, le plus souvent, à *savoir dépenser à propos.*

soin de l'introduire se fait sentir, le malade peut se livrer, toujours facilement, à quelques essais d'uriner naturellement, et il y réussira d'autant mieux et d'autant plus vite, que ces tentatives réitérées sont bien faites par elles-mêmes, pour réveiller l'activité du viscère. Notez encore que grâce à la dimension de l'instrument, le passage se trouvera être parfaitement libre; qu'il ne faudra donc que fort peu d'efforts expulsifs pour y lancer l'urine; et que, s'il ne s'agit que d'un léger gonflement prostatique, d'une faible paralysie ou d'une simple atonie de la vessie, celle-ci reprendra probablement, bien plus vite qu'on ne le suppose en général, des fonctions momentanément interrompues. Qui ne sait, d'ailleurs, combien l'action de cet organe, même chez les animaux, est facilement modifiée, influencée et altérée par la plus petite circonstance? Et qui ne voit que le procédé, que j'indique, ne peut qu'être favorable au retour de l'état normal de la fonction si singulièrement susceptible qui nous occupe? J'ai du moins pu m'assurer, dans mainte occasion, que l'émission de l'urine reprenait son cours naturel beaucoup plus tôt, depuis que j'ai adopté les gros cathéters, que lorsque je me servais de sondes à demeure.

S'il est question de rétrécissemens ou d'embarras quelconques à faire disparaître de l'urètre, on s'y prendra, en général, de la manière suivante. D'abord, on écartera graduellement le passage rétréci, ou l'endroit morbide, de la manière que j'ai indiquée, c'est-à-dire, en se servant d'un cathéter convenable, en rapport avec le calibre de l'urètre et avec l'obstacle à surmonter, et en le poussant hardiment, mais lentement et judicieusement. Cette première introduction peut, au besoin et s'il n'y a pas urgence, se faire partiellement; je veux dire que, s'il y a plusieurs endroits rétrécis, on sera libre de chercher à les forcer successivement, en une ou plusieurs séances; et que lors même qu'il n'existerait qu'un *seul* obstacle, on pourra de même ne le traverser que graduellement, en l'attaquant de loin en loin et en le forçant lentement. Ces essais, presque toujours couronnés de succès, se feront à volonté, tous les jours ou à des intervalles beaucoup plus éloignés; mais, chaque fois, avec cette confiance que, même en les suspendant pendant huit ou dix jours, on n'aura presque rien perdu de l'effet produit d'abord, et qu'on pourra assez facilement faire reprendre, au même corps dilatant, la route qu'il s'était déjà frayée. Cependant, dès le premier moment, le jet des urines devient ordinairement déjà plus facile et plus gros, et au fur et à mesure qu'on passe et repasse le corps métallique, ce jet acquiert toujours plus de volume. Je ne saurais assez le répéter, ces introductions successives ne tardent guère à se faire sans douleur et très facilement; si facilement même, qu'on peut, sans crainte, les confier au malade ou au premier individu intelligent qui se trouvera habituellement auprès de lui.

Cette opération destinée à écarter lentement et à forcer graduellement les parois urétrales, se réitérera plus ou moins, suivant la tenacité de l'obstacle, son ancienneté, et la tendance qu'il manifestera à se reproduire. Cette tendance, fût-elle très considérable et rebelle, on la fait taire le plus souvent, pour long-temps, par une seule introduction faite de loin en loin, et lorsqu'on est averti par quelque difficulté de faire de l'eau, ou par une certaine diminution dans le jet des urines, que le canal excréteur a besoin d'être recalibré.

Il est évident que, lorsqu'il existe une tendance rebelle et presque insurmontable à la reproduction de la coarctation, celle-ci doit dépendre de la nature toute particulière et exceptionnelle du tissu morbide, qui constitue l'espèce d'anneau ou d'éperon qui donne si facilement et si opiniâtrément naissance aux récidives. Ce tissu, souvent cartilagineux ou fibreux, serait-il quelquefois analogue à l'inodule? Et, en l'admettant tel, pourrait-on se rendre raison comment il arrive que certains cas résistent aux soins les mieux entendus, et lors même que l'endroit envahi a été attaqué par des cautérisations nombreuses dirigées par des mains très exercées, et traitées d'ailleurs, après l'action du caustique, avec toutes les exigences que réclame ce procédé opératoire? Dans ces cas extrêmes et que j'ai rencontrés, la compression par le cathéter, sinon journalière, du moins de temps en temps, est seule admissible, comme moyen palliatif ou *préventif*. J'ajouterai que ce procédé est, dans ces circonstances, toujours aussi facile que rapide et efficace, et qu'il n'offre jamais aucun des inconvéniens qu'on peut justement reprocher à *tous* les autres moyens usités et connus.

J'oubliais de dire qu'il peut être utile, lorsqu'on a introduit forcément un cathéter, à travers un rétrécissement, de laisser séjourner, pendant quelques minutes, cet instrument dans l'urètre, afin que son action compressive soit plus sensible. Cette précaution est surtout nécessaire, si l'on se propose de faire glisser un second et un troisième tube, immédiatement après le premier et dans la même séance, comme cela m'arrive assez souvent.

S'il s'agit d'une vessie fortement distendue et qu'il importe de vider incessament, et en même temps d'un canal très resserré qu'il faut forcer et pénétrer sans délai, afin d'éviter la ponction de la vessie, je me conduis exactement comme je viens de le dire, avec cette différence, qu'au lieu d'agir par séances ou à des intervalles plus ou moins rapprochés, je n'abandonne plus le malade, et je fais succéder, sans trop d'interruption, mes différens cathéters les uns aux autres, en les faisant manœuvrer de la manière que j'ai décrite. Voyez, d'ailleurs, plus haut, l'explication que j'ai donnée du mécanisme de la perforation d'un tissu résistant, par un corps orbe et volumineux, et vous comprendrez en même temps, que ce cathétérisme *forcé* (dans les deux acceptions de ce mot), est tout à la fois *palliatif et curatif*; car, pour moi, ce passage d'un gros instrument équivaut presque à une guérison, et ne me laisse que fort peu de chose à faire pour l'obtenir, en effet, *radicale*. On n'aura pas de peine à se convaincre de cette vérité, si l'on a bien voulu se pénétrer des bases de mon système, si souvent rappelées dans le cours de ce mémoire.

Le point le plus important, mais aussi le plus difficile et sans contredit le plus délicat, c'est

celui où il faut réellement employer *la force*, c'est-à-dire lorsque la résistance à vaincre est très considérable, et surtout si l'on est forcé, *par la nécessité*, de l'emporter *incessamment* et sans trop de délai. Dans tous les cas donc, où l'attaque doit être vigoureuse, et dans ceux où il y a évidemment urgence d'agir avec énergie, rien ne saurait remplacer *l'expérience acquise*, *le tact que donne l'exercice et la confiance qu'inspirent l'habitude et des succès obtenus*. Je vais tâcher de venir, ici, au secours de quelques uns de mes lecteurs *intelligens*.

Je suppose d'abord qu'on est bien pénétré des préceptes que j'ai donnés, qu'on est convaincu que la marche de l'instrument doit *toujours*, être lente et graduée, mais aussi que, chaque fois que l'instrument sera dirigé avec intelligence, rien ne saurait l'empêcher d'avancer et de parvenir au but. Vous voilà donc arrivé, avec le tube et ces dispositions d'esprit, sur l'endroit qu'il s'agit de faire céder. Vous cesserez, alors, de tenir le cathéter, avec les doigts seulement et comme une plume à écrire, mais vous le saisirez *à pleine main*, en en plaçant l'extrémité au milieu de la face palmaire et en étendant le doigt indicateur sur le côté convexe du cathéter, ou sur celui qui répond à la partie supérieure ou antérieure du pénis. Vous alongerez ce doigt jusqu'au méat urinaire, sur lequel il importe qu'il reste et contre lequel il faut l'appuyer. Après avoir, de l'autre main, tendu bien la verge, le bout de ce doigt vous indiquera alors, si vous faites quelques progrès, si l'obstacle cède un peu, ou si, pour le vaincre, il faudra recourir à un degré plus fort de pression et changer peut-être d'instrument. Dans le premier cas, vous sentirez le bout du doigt presser, graduellement et de plus en plus, contre le gland, car l'instrument s'engage et avance évidemment; et, dans le second cas, le bout du doigt, immobile et sans action sur le gland, vous indiquera que les rapports du bec de l'instrument avec le point de résistance ne changent pas, et qu'il faut aviser à d'autres mesures. Celles-ci ne sauraient consister que dans une pression plus puissante, ou dans un tube différent, ou enfin, à la fois, dans l'une et dans l'autre de ces deux conditions. Essayez donc de la première, avec ce discernement qui vous autorise d'aller impunément jusqu'à *tel degre*..., et si vous voulez associer à la puissance dynamique un corps mécanique différent, vous pourrez d'abord prendre celui-ci parmi ceux qui sont plus volumineux; mais rien n'empêche ensuite que vous ne reveniez à des numéros inférieurs, pour en essayer l'action, en les présentant, *de nouveau*, sur le trajet que déjà vous serez parvenu à tracer un peu mieux. Rien n'empêche, en effet, de faire succéder de plus petits numéros à de plus gros, lorsque, par l'action de ceux-ci, les conditions du rétrécissement ont notablement changé et se sont tellement amendées, qu'une compression moins forte et un cathéter moins gros aussi, pourront peut-être se montrer efficaces, là où, précédemment ils étaient sans aucun résultat.

Au moment où certaines coarctations viennent à céder, on entend ou on éprouve un petit frémissement ou bruissement brusque, comme si quelque chose se déchirait ou se *déplissait*. Il ne faut que s'en féliciter, car on a triomphé de l'obstacle, et tout le reste devient de plus en plus facile et rentre dans la règle commune. A peine si, quelquefois, ce succès décisif est acheté par quelques gouttes de sang. Du reste, on le voit, et je n'ai pas besoin d'insister davantage sur ce que j'ai dit plus haut, le tact et le jugement, aidés par l'expérience ET LE SAVOIR FAIRE, doivent seuls guider, dans les cas très rebelles et difficiles, mais ils le feront *toujours bien*, *n'en doutez nullement*.

On m'a parlé, il est vrai, de certains engorgemens de la prostate, comme cause de rétention d'urine ou d'une difficile excrétion de ce fluide, et on ne voit pas trop comment je pourrai remédier à cette affection, au moyen de mes simples sondes. Je sais que ce mal existe, surtout chez les vieillards; mais j'affirme que cet état ne m'a jamais empêché d'arriver dans la vessie, ni aux malades de se suffire à eux-mêmes, en suivant les préceptes indiqués. J'ai cru observer, en outre, que, même dans ce cas, le gonflement prostatique semblait s'affaisser sous la pression d'un gros cathéter, et qu'il opposait ainsi une résistance toujours moins considérable au passage de ce dernier. Du reste, rien n'empêche d'avoir recours alors aux moyens ingénieux que M. Leroy d'Etioles a indiqués, et avec lesquels il peut, alternativement ou successivement, comprimer fortement la prostate, la cautériser avec précision et même en détruire, par la ligature, la partie trop saillante et exubérante. Mais tout le monde ne possède pas l'adresse et l'expérience de ce praticien, et peut être encore vaudra-t-il mieux, pour le plus grand nombre des malades de ce genre, qu'ils se résignent à une cure palliative, et qu'ils se cathétérisent, chaque fois que le besoin d'uriner se fera sentir.

Ai-je besoin d'avertir que la commodité, la douceur et la rapidité de l'action du cathéter ne dispensent pas de l'emploi des moyens hygiéniques et pharmaceutiques convenables? On aura donc recours à la diète, aux boissons appropriées, aux bains, aux cataplasmes, aux lavemens variés, tièdes ou froids, aux sangsues, aux saignées générales, etc., chaque fois que l'indication s'en fera sentir. Je dois même avouer que ce mode, quelque peu brusque, surtout si l'on en exagère l'effet avec trop d'impatience, exige plus particulièrement l'emploi des antiphlogistiques proprement dits; mais, alors leur effet est aussi prompt que sûr.

Les quelques gouttes de sang qui s'échappent, assez souvent, dans les premières applications, ne doivent point inquiéter; cette petite hémorrhagie dégorge localement, tient lieu par fois de sangsues, et cesse aussitôt que l'irritation, la subinflammation, la tuméfaction de la muqueuse ont elles-mêmes cédé à une médication judicieuse et surtout à la *compression* par le cathéter (1).

(*La suite au prochain numéro.*)

Mathias MAYOR,
Docteur-medecin, à Lausanne.

(1) Tous les instrumens dont il est parlé dans ce memoire, se trouvent dans le magasin de M. Charrière, rue de l'Ecole-de-Médecine, où ils ont été fabriqués sous les yeux de l'auteur.

R LES FONCTIONS DU NERF FACIAL ET LA PARALYSIE DE LA FACE (1).

Lorsque l'un des Directeurs de ce journal me ia de lui adresser quelques pages sur les fonc- ns du nerf facial et la paralysie de la face, ma emière pensée fut de refuser. Il me semblait e pour avoir été tardives, nos connaissances sur point intéressant de physiologie, n'en étaient s moins avancées aujourd'hui ; la spécialité des ributions des différens nerfs de la face, les ductions que la pathologie et la thérapeutique t fondées sur l'étude de cette spécialité, me raissaient à l'abri de toute objection, et je aignais de n'avoir à exposer dans le travail ui m'était demandé que des notions devenues lgaires, des vérités mises en circulation de- is quelques années. Mais je changeai d'avis, rès avoir pris lecture du compte rendu une des séances de l'Académie de médecine. ı voyant l'inconcevable discussion soulevée sein de cette assemblée, à l'occasion d'un t de paralysie de la face, qui lui avait été mmuniqué par un de ses membres, je compris e s'il y avait tant de retardataires dans un rps qui a pour mission, j'imagine, de vérifier de constater les progrès journaliers de la ence, il devait s'en trouver aussi en dehors l'Académie, pour lesquels l'histoire des ıctions du nerf facial aurait tout l'intérêt de *nouveauté*, joint aux avantages de l'*utilité*. Je 'empresse donc aujourd'hui de satisfaire au désir i m'a été exprimé ; je m'efforcerai d'ailleurs de ıdre ce travail bien différent (par la forme du oins, et, s'il se peut, par le fond) de ceux qui t déjà été publiés sur cette matiere ; peut-être ra-t-il aussi plus complet, sous le point de vue : la physiologie.

Bien qu'on soit dans l'habitude d'attribuer M. Ch. Bell le mérite d'avoir fait les premières cherches sur les fonctions des nerfs de la face, que M. Magendie se soit empressé d'y atta- er son nom, il faut reconnaître, cependant, e dès l'année 1818, c'est-à-dire trois ans ınt la première publication faite par M. *Bell*, . *Bellingeri* avait assigné des usages différens la cinquième et à la septième paires de nerfs céphaliques (*De nervis faciei. Quinti et septi- i nervorum paris functiones, August. Tauri- rum*, 1818). M. Bellingeri, à la vérité, n'a ère que le mérite de la priorité ; et il s'est évi- mment mépris sur les fonctions du nerf facial, rsque, après avoir reconnu son influence sur mouvemens volontaires de la face, il en a ılu faire encore le nerf du sentiment de cette gion. M. Bell apporta plus de sévérité dans observations ; à la septième paire il attribua faculté de faire contracter les muscles de la e, et de concourir par là à des phénomènes expression et de respiration ; à la cinquième reconnut la propriété de transmettre les impressions développées dans cette région. Il fit donc du nerf facial un nerf moteur, et du trifacial un nerf sensitif. Cet auteur ingénieux se trompa cependant, comme nous le dirons plus loin, sur le principe du mouvement des lèvres, pendant la mastication ; et son erreur fut relevée par M. Mayo. D'autres expérimentateurs, parmi lesquels il faut citer MM. Magendie, Shaw, Eschrich, Lund, Bischoff, Baker, Barthold, Gaedéchens, confirmèrent, à quelques modifications près, les propositions émises par M. Ch. Bell.

Les vivisections ne furent pas, seules, mises à contribution pour éclairer et fixer les usages des nerfs qui se répandent dans la face. La pathologie avait offert, si souvent, dans cette partie, des lésions isolées du mouvement et du sentiment, qu'on ne pouvait guère supposer que les mêmes conducteurs fussent affectés aux deux propriétés dont ces effets dérivent. M. Bell sut tirer parti des observations de paralysie de la face que la pratique lui avait présentées. M. Montault, qui pendant son *internat* dans les hôpitaux, avait été pris lui-même de cette paralysie, fit de cette affection l'objet de recherches intéressantes qu'il publia dans sa dissertation inaugurale, en 1831 ; exemple qui fut imité en 1834 par un autre élève interne des hôpitaux, M. Bottu des Mortiers. Au reste, M. Descot, avant M. Montault, et M. Pichonnière, avant M. Bottu des Mortiers avaient fait connaître des faits de cet ordre ; faits si fréquens d'ailleurs, qu'ils avaient excité l'attention d'un grand nombre de médecins, avant que la physiologie vînt en donner l'explication. Ajoutons à cela que certaines opérations chirurgicales, dans lesquelles le nerf facial, ou l'une de ses branches, avaient été intéressés ont reproduit, dans l'espèce humaine, les résultats que les expérimentateurs avaient obtenu de leurs vivisections. J'ai fait connaître dès 1824, dans les *Archives générales de médecine*, tome IV, p. 60, l'aspect de la physionomie d'un individu auquel Béclard avait enlevé, avec la parotide, le nerf facial qui la traverse, et plusieurs observations analogues ont été publiées depuis cette époque. Mais j'ai hâte d'abandonner cet historique nécessairement incomplet, pour entrer dans l'exposé méthodique des fonctions de la septième paire.

Voici l'ordre que j'adopterai ; c'est à peu de choses près celui que j'ai suivi cette année dans la leçon que j'ai consacrée à cette matière.

1° Je donnerai une vue générale de la fonction du nerf facial ; 2° je prendrai le nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, et le suivant de là vers ses principales divisions, j'indiquerai, chemin faisant, les usages de chacune d'elles. Ce sera une description anatomique d'un nouveau genre, moins aride que celle qui ne comprend que la disposition matérielle des parties, et dont on pourra suivre presque tous les détails sur la figure annexée à ce numéro du journal. Il y aurait de grands avantages à présenter ainsi, les fonctions de tous les nerfs du corps, et notamment des nerfs encéphaliques. La nature n'ayant rien fait en vain, dans notre machine, quelle que soit d'ailleurs la complication qu'on y remarque, ce serait un problème intéressant à résoudre, que celui qui aurait pour objet la recherche des usages des plus petites fractions du système

1) Voyez la note placée au bas de la page 374 de ce méro, à la fin de l'article *anatomie*. Une autre plan- : des nerfs de la face, avec tous les détails possibles, a donnée dans le deuxième semestre de l'année pro- ıne.

Jacques L.

nerveux. Cette tâche, au reste, ne serait pas aussi épineuse, qu'on pourrait le supposer au premier abord; car après avoir constaté, autant qu'on le peut, quelle est la propriété générale d'un nerf, et à quelle catégorie il appartient, c'est le scalpel à la main, que l'on complète l'histoire des fonctions de ce nerf, et le problème physiologique que l'on poursuit va se résoudre en une question d'anatomie descriptive. 3° J'envisagerai la septième paire comme nerf d'expression; 4° j'examinerai son influence sur quelques phénomènes mécaniques de la respiration; 5° je l'étudierai dans ses rapports avec les fonctions des organes des sens; 6° je renverrai au dernier paragraphe la discussion de quelques points obscurs de la physiologie de ce nerf.

§ 1er. *Vue générale sur les propriétés du nerf facial.* (Portion dure *de la septième paire*). Ce nerf, qui de la région de l'oreille, où il émerge, étend, en rayonnant, ses divisions sur toutes les parties de la face, la tempe, la partie postérieure de la tête, et la partie supérieure, antérieure du cou, *conduit aux muscles sous-cutanés de ces parties, l'excitation qui les fait contracter; aucun autre nerf de ces régions ne peut le suppléer, ni lui servir d'auxiliaire;* (c'est de cette faculté fondamentale que dérivent les usages variés qu'il remplit, et que nous lui reconnaîtrons plus loin) *c'est donc un nerf moteur, et il est douteux qu'il jouisse d'aucune autre propriété.*

Prouvons ces propositions. La première est démontrée par *les expériences sur les animaux vivans, les opérations chirurgicales sur l'homme, diverses lésions traumatiques, l'anatomie pathologique et la pathologie.*

a. Les *expériences sur les animaux vivans.* M. Ch. Bell pratiqua la section du nerf de la septième paire, sur un âne, tous les muscles du côté correspondant de la face furent paralysés. La même expérience fut répétée sur un singe, elle donna le même résultat. MM. Magendie, Shaw, Mayo, etc., ont coupé ce nerf sur divers animaux; la paralysie des muscles de la face a été constante.

Il est bon, avant d'aller plus loin, de dire ce qu'on doit entendre ici par muscles de la face. On ne doit pas comprendre sous cette dénomination les muscles qui meuvent les mâchoires (masseter, temporal, pterygoïdiens; ceux-ci reçoivent leurs nerfs de la branche motrice du maxillaire inférieur). Il n'y faut pas comprendre, non plus, les muscles droits et obliques de l'œil, pas plus que l'élévateur de la paupière supérieure; ces muscles sont animés, comme on sait, par la troisième, la quatrième et la sixième paire de nerfs. Tous les autres muscles de la face, au nombre de 16 de chaque côté, et quelques autres muscles que je ferai connaître plus loin, sont dans la dépendance de la septième paire, et paralysés par sa section.

b. Les opérations chirurgicales sur l'homme. Ce que les physiologistes ont produit à dessein, dans leurs expérimentations sur les animaux vivans, des chirurgiens l'ont accidentellement causé, en pratiquant l'extirpation de tumeurs placées sur le trajet du nerf facial. Tantôt la section ayant porté sur le tronc même du nerf, tous les muscles de la face ont perdu le mouvement. C'est ce qui est arrivé dans tous les cas où l'on a extirpé la parotide; témoin l'opération faite par Béclard, celle pratiquée dernièrement par M. Roux, etc.

Tantôt l'opération n'ayant entraîné la lésion que d'une des divisions du nerf, la paralysie a été plus circonscrite, et n'a porté que sur une portion déterminée de l'appareil musculaire de la face. J'en citerai plus loin quelques observations.

c. Diverses lésions traumatiques accidentelles. Une forte contusion sur le trajet du tronc de la septième paire a privé de mouvemens tous les muscles du côté correspondant de la face. Un homme qui se présenta à ma consultation, à l'hôpital St.-Antoine, était resté depuis son enfance paralysé par cette cause; il avait été frappé par un timon de voiture. On trouve dans la dissertation de M. Montault plusieurs observations analogues à celle que je viens de citer.

d. L'anatomie pathologique. Le nerf facial, à la différence des autres nerfs encéphaliques, n'est point transmis directement, au dehors par un trou du crâne, il parcourt un canal tortueux dans l'épaisseur du rocher; or, la carie avec suppuration de cette partie du temporal, entraîne assez fréquemment la destruction du nerf qui la traverse: de là une paralysie musculaire complète et incurable du côté correspondant de la face.

Le même résultat a été observé lorsque des tumeurs intra ou extra-crâniéres ont comprimé le nerf, ou causé sa désorganisation en envahissant son tissu. J'ai disséqué une altération de ce genre à la Pitié: le nerf avait disparu dans une tumeur encéphaloïde, et le malade avait perdu depuis long-temps les mouvemens de ce côté de la face. Un abcès chronique a produit le même effet. (Observation de M. Billard, *Arch. gén. de méd.*, t. VI, p. 347.)

e. La pathologie. Ceux qui n'ont pas eu l'occasion de se mettre au courant des découvertes de ces derniers temps sur les fonctions des nerfs encéphaliques, feront bien d'accorder quelque attention à ce paragraphe, s'ils veulent éviter l'ornière dans laquelle tombent journellement un grand nombre de leurs confrères, voire même ceux dont la réputation est, le plus solidement, établie. Il arrive quelquefois qu'en l'absence des causes de paralysies énoncées dans les alinéas précédens, c'est-à-dire sans qu'il y ait eu opération chirurgicale, blessure, altération organique appréciable du nerf ou des parties qui l'avoisinent, il arrive, dis-je, qu'on ait l'occasion d'observer, chez des personnes offrant d'ailleurs presque toutes les attributs de la bonne santé, une paralysie plus ou moins rapide de tous les muscles d'un côté de la face. Cette affection est assez fréquente pour qu'un très grand nombre d'auteurs, depuis Rhazès jusqu'à nos jours, en aient donné la description. On lui a assigné différens noms, et entre autres, celui de *paralysie rhumatismale de la face*, parce qu'effectivement le froid paraît être une de ses causes occasionnelles les plus ordinaires. Or, la ressemblance parfaite des symptômes de cette affection, avec ceux qui résultent de la division ou de la désorganisation du nerf facial, ne permet pas de douter, aujourd'hui, qu'elle ne soit due à la paralysie de ce nerf; et comme il n'existe, alors que la maladie est bornée à la

face, aucun indice de lésion des centres nerveux, il est également certain que c'est une affection locale du nerf; et c'est là une nouvelle confirmation de ses usages. Tous les jours cependant des praticiens exercés confondent cette maladie de la septième paire avec l'apoplexie, ou le ramollissement du cerveau. Il y a quelques années qu'une jeune femme, nouvellement mariée, vit presque tout à coup ses traits perdre leur régularité, après qu'elle eut passé quelques nuits dans un lit avoisinant un mur dont le plâtre était récent. Appelé près d'elle, je reconnus de suite la paralysie du nerf facial; mais je ne pus d'abord faire partager mes convictions et ma sécurité aux parens de la malade, qu'un autre médecin avaient effrayés en prononçant le mot *apoplexie!* La maladie céda, cependant, un peu plus tard à un traitement local. M. Montault rapporte qu'un praticien de Paris lui avait dit qu'il (M. Montault) avait un épanchement à la base du cerveau! D'autres ont confondu cette lésion de la septième paire avec le tic douloureux, ou névralgie faciale; erreur qui ne serait pas innocente, si elle faisait mettre à exécution le conseil qui fut donné dans cette conjoncture par un des professeurs d'une des facultés de France. Voici le fait : Un étudiant qui avait assisté à ma leçon sur la physiologie du nerf facial m'adressa le lendemain, dans une lettre que j'ai en ce moment sous les yeux, la relation détaillée d'une paralysie faciale dont il avait été atteint, après avoir essuyé, étant en sueur, un courant d'air assez vif et venant du nord. Fatigué de l'inutilité des remèdes qu'il avait employés d'après les conseils d'un médecin qui avait diagnostiqué une névralgie de la face, il consulta enfin un praticien distingué, professeur d'une des facultés de France, qui, croyant aussi à une névralgie, prescrivit entre autres moyens *la section de la portion dure de la septième paire de nerfs!!!!* C'était précisément ce qu'il fallait faire pour rendre la maladie incurable. L'étudiant, fort heureusement pour lui, ne se pressa pas de faire mettre à exécution cette partie de l'ordonnance, et peu à peu les muscles paralysés recouvrèrent la contractilité qu'ils avaient perdue. Comme il y a toujours de l'instruction à retirer du récit d'une erreur, j'en citerai une troisième à l'occasion de cette maladie. Un homme avait une paralysie complète du mouvement d'un côté de la face, ce qui donnait à sa physionomie l'expression désagréable qui résulte de la prédominance d'action des muscles du côté sain : un chirurgien, imaginant que la paralysie siégeait dans la cinquième paire de nerfs, pensa que pour rétablir l'équilibre entre les deux moitiés de la face, il conviendrait de couper, du côté sain, les nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire, et le maxillaire inférieur, à sa sortie du trou mentonnier. On voit que le résultat de cette triple opération, à laquelle M. Bell s'opposa, n'eût rien changé à l'expression de la face, et que le malade eût été paralysé du mouvement d'un côté, et du sentiment de l'autre. Quelques autres remarques sur la paralysie faciale trouveront place un peu plus loin.

Ma première proposition, savoir que le nerf de la septième paire conduit aux muscles de la face l'excitation qui les fait contracter, est donc démontrée par ce qui précède; la justesse de la deuxième proposition, savoir que *nul autre nerf de la face ne peut suppléer le facial, ou lui servir d'auxiliaire,* est également facile à établir. Les trois branches de la cinquième paire viennent se terminer et s'épanouir dans la face. La première sortant par la partie supérieure de l'orbite, la deuxième par le trou sous-orbitaire, et la troisième par le trou mentonnier; or ces trois branches sont absolument sans influence sur les mouvemens de la face. A la vérité une partie de leurs divisions, anastomosées avec le nerf de la septième paire, pénètre avec ce dernier les muscles dans lesquels il se rend; mais celui des professeurs de cette école, qui, dans la discussion soulevée au sein de l'Académie, a cru pouvoir fonder sur cette remarque anatomique une objection contre la spécialité des attributions de la septième et de la cinquième paire des nerfs, avait complétement perdu de vue les propriétés des muscles et leurs connexions avec les centres nerveux. Les muscles sont *sensibles,* et à ce titre ils doivent être pénétrés par des nerfs sensitifs aussi bien que par des nerfs moteurs. Or, si l'on veut nous accorder, ici, par anticipation, que le nerf de la septième paire ne remplit pas d'autres usages, à l'égard des muscles de la face, que de leur porter l'excitation nécessaire à la contraction, on ne s'étonnera plus que le nerf du *sentiment* de la face, c'est-à-dire le nerf de la cinquième paire, pénètre, en même temps que la septième, les muscles de cette région. Il y a cette différence remarquable entre les nerfs des muscles du tronc et des membres d'une part, et ceux des muscles de la face, que, pour les premiers, les filets sensitifs et moteurs sont mélangés au sortir même du trou de conjugaison, tandis qu'ils ne se rencontrent, pour les seconds, qu'après avoir parcouru isolément un assez long trajet. Voici, au reste, la preuve que la septième paire jouit seule de la propriété de mettre en mouvement les muscles de la face; c'est que sa section les paralyse complétement, tandis que la section de la cinquième paire ne diminue en rien leur puissance contractile.

Venons à la troisième proposition. *Il est douteux*, ai-je dit, *que le nerf de la septième paire jouisse d'aucune autre propriété que de faire contracter les muscles de la face.* Il faut examiner avec soin ce point de physiologie, qui tient de plus d'une façon à la pathologie et à la thérapeutique. Examinons d'abord le nerf de la septième paire, sous le point de vue de la *sensibilité.* Nous avons ici deux questions à examiner : 1° le nerf de la septième paire joue-t-il le rôle de conducteur par rapport aux impressions tactiles, ou autres développées à la face? 2° le nerf de la septième paire est-il sensible? Le petit nombre d'écrivains, qui ont touché cette matière, n'ont fait qu'une seule question des deux que je viens de poser. Il me semble cependant qu'elles ne sont pas tellement connexes, que la solution de l'une entraîne nécessairement la solution de l'autre.

Quant à la première, je n'hésite point à y répondre par la négative. Dans tous les cas de lésion de la septième paire, soit qu'elle ait été coupée sur les animaux vivans, comme dans les expériences de Bell, Shaw, Magendie, Mayo, etc

soit qu'elle ait été retranchée en partie avec la parotide sur l'homme, soit qu'elle ait été désorganisée lentement ou comprimée, etc., dans tous ces cas, dis-je, lorsque la maladie n'a porté que sur la septième paire, la sensibilité de la face n'a subi aucune diminution. D'un autre côté, les expériences sur la cinquième paire et les maladies de ce nerf nous offrent une contre-épreuve tout à fait concluante. En effet, toutes les fois que sur un animal vivant on a opéré la section du tronc de la cinquième paire (et cette expérience a été faite très souvent), non seulement les membranes tégumentaires de la face, tant la peau que les muqueuses, ont perdu les sensations tactiles, mais on a pu déchirer, brûler, tenailler ces parties, sans que l'animal ait donné la moindre marque de douleur, et cependant le nerf facial était intact. Ce dernier nerf n'avait donc pas servi de conducteur d'impressions. Une remarque analogue a été faite sur l'homme, dans quelques cas où la cinquième paire seule avait été désorganisée, la sensibilité de la face ayant alors été complétement abolie, et le mouvement conservé.

Il suit de là qu'on ne voit que très rarement, à la face, la paralysie simultanée du sentiment et du mouvement; et dans le petit nombre de cas où cette double lésion a été observée, on a pu constater que la cinquième et la septième paires étaient malades en même temps.

Ces faits sont si faciles à constater, que je ne puis concevoir comment un homme du mérite de M. Bellingeri a pu professer que le nerf de la septième paire est destiné au sentiment de la face. Ce nerf, dit-il, envoie des rameaux à la peau de la face et du cou; cet argument, que je trouve aussi dans la dissertation de M. Gaedéchens, prouverait tout simplement que si le nerf va à la peau, il y est destiné à autre chose qu'au sentiment de cette membrane, puisque, encore une fois, on peut la couper, la déchirer, sans causer de douleur, quand on a divisé la cinquième paire, la septième restant intacte.

S'il est démontré que le nerf de la septième paire est entièrement privé de la faculté de conduire les impressions tactiles ou autres développées à la face, il ne l'est pas autant que ce nerf soit, par lui-même, complétement insensible; ce doute semble paradoxal, mais il est en partie justifié par les expériences faites à ce sujet. Trois opinions ont été émises à cette occasion. 1° L'opinion que le nerf est complétement insensible aux irritations qu'on lui fait éprouver; 2° l'opinion que le nerf est sensible par lui-même; 3° l'opinion que ce nerf jouit d'une sensibilité empruntée aux nerfs avec lesquels il s'anastomose, à savoir, la cinquième paire et les branches provenant du plexus cervical.

La première manière de voir a peu de partisans. M. Bell ayant mis à découvert et irrité la septième paire sur un âne, dit que l'animal ne parut pas en souffrir, et que cette expérience fut répétée plusieurs fois sur l'âne et le chien, toujours avec le même résultat. Herbert Mayo a observé que l'irritation de la septième paire ne cause pas de douleur chez l'âne, mais elle en produit un peu chez les chiens. Il est généralement reconnu aujourd'hui que le nerf de la septième paire, anastomosé qu'il est avec d'autres nerfs encéphaliques et rachidiens, n'a pas l'insensibilité que M. Bell lui a supposée. Les expériences de MM. Magendie et Fodera, de MM. Burdach, Schoepf, Eschricht, Baker, Lund, Gaedéchens, ont démontré que les animaux éprouvent de la douleur quand on irrite ce nerf; mais presque tous les expérimentateurs avouent que la sensibilité du nerf facial est incomparablement moins exquise que celle de la cinquième paire.

Il reste à rechercher maintenant si ce nerf est sensible par lui-même, ou si ce sont les rameaux anostomotiques qui se sont joints à lui et l'accompagnent, qui éprouvent et transmettent au cerveau l'irritation causée par la pince ou le scalpel. Au premier rang de ceux qui soutiennent que ce nerf est doué par lui-même de sensibilité, il faut placer Bischoff et surtout Barthold, Gaedéchens, qui a réuni dans sa dissertation inaugurale soutenue en 1832, à Heidelberg, quelques uns des argumens qu'on peut faire valoir en faveur de cette opinion. Cet auteur rappelle que, indépendamment de l'origine principale du nerf facial, laquelle offre, dans sa couleur, sa forme et sa consistance, toutes les qualités d'un nerf moteur, il y a une racine plus petite, composée de plusieurs filets dont l'origine peut être suivie, en arrière, à la partie postérieure de la moelle alongée, jusqu'aux environs du sinus rhomboïdal. Cette petite racine est considérée par M. Gaedéchens comme douée de sensibilité, et il se range à l'opinion d'Arnold, qui regarde comme un renflement ganglionnaire la dilatation légère qu'offre le facial à l'endroit où il reçoit le rameau pétreux du nerf vidien, et soupçonne que la petite racine seule contribue à la formation de ce ganglion. (Pour comprendre la valeur de cet argument tout anatomique, il faut considérer que ceux des nerfs encéphalo-rachidiens qui sont pourvus d'un ganglion, passent pour être conducteurs du sentiment.) Dans l'intention de déterminer si la septième paire tire sa sensibilité des branches nerveuses avec lesquelles elle est anastomosée, M. Gaedéchens coupa le nerf sous-orbitaire sur un chien; il irrita ensuite quelques rameaux du facial anastomosés avec le nerf dont il venait de pratiquer la section, et l'animal témoigna de la douleur. Dans une autre expérience, qui lui parut plus concluante encore, après avoir mis à découvert, dans une étendue suffisante, un rameau du nerf facial anastomosé avec le sous-orbitaire, il excisa une partie du premier, et laissa le second intact. Cela fait, il irrita le bout du facial qui tenait au nerf sous-orbitaire, et l'animal ne sentit rien; il irrita ensuite le bout opposé, et l'animal donna des signes non équivoques de douleur. La conséquence de cette dernière expérience était que l'impulsion s'était propagée au cerveau, par le tronc du nerf facial et non par le sous-orbitaire. M. Gaedéchens se crut donc fondé à avancer, contradictoirement à plusieurs physiologistes, ses prédécesseurs, que le nerf facial est sensible par lui-même. Mais cet auteur avait négligé de tenir compte d'une disposition anatomique que je vais indiquer, et qu'il est important de prendre en considération dans l'étude des névralgies de la face. Le nerf de la septième paire, avant de s'épanouir sur la face, reçoit de la troisième branche de la cinquième, deux rameaux anastomotiques

qui s'y unissent derrière la branche de la mâchoire, et l'accompagnent, dans son trajet et ses divisions ultérieures, en sorte qu'il est impossible d'irriter la septième paire à la face, sans agir en même temps sur quelques filets de la cinquième, L'anastomose dont je parle est constante, je ne l'ai jamais cherchée vainement sur l'homme, et le cabinet de la Faculté possède une pièce d'anatomie comparée où elle est si développée, que la cinquième paire semble concourir autant que la septième à la production du réseau nerveux, qui s'avance en divergeant, des environs de l'oreille vers la ligne médiane de la face. Il est clair que cette disposition anatomique frappe de nullité l'expérience de M. Gaedéchens, expérience dans laquelle on n'a tenu compte que des anastomoses terminales des cinquième et septième paires encéphaliques. Le seul moyen de neutraliser complétement l'influence de la cinquième paire, consiste à la diviser dans le crâne, et à examiner ensuite si la septième paire a continué d'être sensible aux irritations dirigées sur son tronc ou ses branches. Or cette expérience a été faite par MM. Eschricht, Backer, Magendie et Lund, et ces expérimentateurs affirment que le nerf facial s'est montré complétement insensible, alors qu'on avait interrompu la continuité de la cinquième paire dans le crâne. Comme le récit d'une expérience donne en quelque sorte plus d'authenticité à une proposition fondée sur le résultat de cette expérience, je choisirai une de celles qui ont été faites en commun par MM. Eschricht et Lund, en présence du professeur Reinhadt. Le crâne d'un lapin fut ouvert, et l'hémisphère gauche enlevé ; la cinquième paire du côté gauche, couverte par la dure-mère, fut mise à nu et coupée au milieu des cris violens de l'animal. Toute trace de sentiment disparut du côté gauche de la face. La septième paire du même côté fut excitée à plusieurs reprises à la face, l'animal ne donna pas une seule fois le moindre signe de douleur. Alors on découvrit la septième paire du côté droit; chaque fois qu'on la pinça, l'animal témoigna de la douleur (de ce côté la cinquième paire était intacte). D'autres vivisections ont montré à MM. Eschricht et Lund que les paires cervicales jouent, à l'égard des rameaux postérieurs de la septième paire, le même rôle que la cinquième paire remplit à l'égard des branches qui couvrent la face. Tous ces faits semblent établir que la septième paire n'est point sensible par elle-même, et que ce sont les filets anastomosés avec elle qui transmettent l'impression douloureuse résultant de l'application des irritans sur les rameaux de ce nerf. Avouons, toutefois, que des expériences plus récentes, faites par Eschricht sur des chiens, ont laissé quelque incertitude sur le point de physiologie qui nous occupe.

Faisons, avant d'aller plus loin une application de ce que nous venons d'apprendre. Lorsque l'on eut reconnu, après de longues incertitudes, que le tic douloureux de la face était une affection des nerfs de cette région, ce fut sans doute un immense progrès, mais ce n'était pas le dernier que la science pût ambitionner de réaliser. On pensa d'abord que tous les nerfs de la face pouvaient être parcourus par ces éclairs de douleur qui caractérisent le tic douloureux, et l'on décrivit des névralgies de la septième paire indépendamment de celles qui ont pour siége les nerfs *sus-orbitaire*, *sous-orbitaire* et *maxillaire inférieur*, nerfs provenant de la cinquième paire ou trifacial. Cependant, M. Bell, après avoir signalé les différences fondamentales que ces deux nerfs présentent sous le point de vue de leurs propriétés, avança que celui-là seul qui jouait le rôle de conducteur du sentiment, pouvait être affecté de névralgies, et il nia que cette maladie pût occuper jamais la septième paire destinée (comme on l'a vu plus haut), aux mouvemens de la face et dépourvue de sensibilité. Pour juger du mérite de cette assertion de M. Bell, on en a appelé dans ces derniers temps, aux observations pathologiques. On a rassemblé tous les cas de névralgies où le trajet de la douleur avait été indiqué avec soin, et l'on a vu qu'à la vérité, dans l'immense majorité des cas, la douleur affectait le trajet d'une des branches de la cinquième paire comme la frontale, la sous-orbitaire, ou la maxillaire inférieure, mais on rencontra aussi quelques cas où la douleur s'élançait des environs de l'oreille vers un point quelconque de la face, et l'on ne douta point qu'elle n'eût parcouru les ramifications de la septième paire. Il semble qu'aujourd'hui on ait considéré ces observations comme constituant une objection sans réplique à l'assertion de M. Bell, et que l'existence des névralgies du facial soit établie sur des faits incontestables. A mon avis on s'est trop pressé de déserter une cause que je crois encore soutenable. Quelle preuve allègue-t-on en faveur de l'existence de cette espèce de névralgie? la direction de la douleur; mais j'ai montré plus haut que des rameaux de la cinquième paire se joignent au facial derrière la mâchoire, et accompagnent ses ramifications sur la tempe et la face. Il n'y a donc aucune raison anatomique de supposer que c'est plutôt l'un de ces nerfs que l'autre qui est le siége de la douleur, et l'analogie doit nous faire pencher pour la cinquième paire, puisque c'est bien évidemment sur les divisions de ce nerf du sentiment que siége le tic douloureux des autres points de la face. Que penser, d'après cela, des opérations dans lesquelles on s'est proposé de couper la septième paire de nerfs à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, pour guérir le tic douloureux!

Je dirai pour compléter cette vue générale, sur les fonctions du facial, que plusieurs auteurs, M. Gaedéchens, entre autres, lui ont reconnu la propriété de présider à des phénomènes de nutrition et de sécrétion. Mais la chose me paraît douteuse; il n'est pas prouvé que ce nerf laisse des filamens dans la parotide, et il est certain d'une autre part que le nerf trifacial joue un grand rôle dans la nutrition et les sécrétions de la face ainsi que l'a démontré M. Bellingeri le premier, et depuis, M. Magendie. Quant aux filets que la septième paire envoie à la peau au dire de Bellingeri, Boock, Rosenmuller, Hildebrant et Gaedéchens, comme ils ne servent pas à la sensibilité de cette membrane, on peut supposer qu'ils sont destinés à quelques phénomènes de vie végétative. Mais il se pourrait bien, comme je l'ai dit, qu'on ait pris des filets du trifacial pour des divisions de la septième paire.

§ 2° Je passe au second point que j'ai promis de traiter. Et prenant le nerf à la sortie du crâne, je vais exposer les usages de ses principales subdivisions.

a. Il existe à la partie postérieure de la tête un faisceau charnu qui fait partie du système des muscles destinés à l'expression faciale, c'est le ventre postérieur de l'occipito-frontal, or ce muscle qui se contracte souvent en même temps que ceux qui couvrent le front, n'a pas été oublié, c'est pour lui que le nerf de la septième paire jette en arrière le nerf auriculaire postérieur à sa sortie du crâne. Cette simple particularité anatomique, dont je crois avoir saisi le but, montre les précautions que la nature a prises pour la coordination des mouvemens de la face.

b. Les rameaux qui viennent ensuite se distribuer à l'appareil musculaire destiné aux mouvemens de totalité du pavillon de l'oreille. Ces mouvemens si marqués chez certains animaux sont sous la dépendance du nerf facial et sont complétement interrompus par la section de ce nerf. Dans l'homme et surtout dans l'homme civilisé les mouvemens de l'oreille sont moins étendus, et l'office du nerf facial plus restreint. Le nerf de la septième paire anime, aussi, les faisceaux rudimentaires nommés muscles intrinsèques du pavillon.

c. Un troisième ordre de rameaux se dirige vers le front; il se répand dans la partie antérieure de l'occipito-frontal et le muscle surcilier auxquels il apporte l'excitation qui les fait contracter. Il ne se forme plus de rides sur une des moitiés du front chez les individus dont un des nerfs faciaux est paralysé. Un malade qui se présenta au docteur Grégory en janvier 1827, après avoir eu un abcès dans l'oreille, offrait sur le milieu du front, une ligne de séparation distincte entre le côté gauche ridé par les contractions des plans musculaires sous-jacens, et le côté droit dont la surface unie indiquait le relâchement complet de l'occipito-frontal. J'ai fait observer le même phénomène aux juges du dernier concours pour la chaire de clinique médicale, sur une femme dont la maladie a fait le sujet d'une des leçons de ce concours. M. Montault rapporte aussi que, quelles que fussent les grimaces qu'il essayait de faire devant sa glace, la peau du front du côté affecté, restait complétement immobile. La paralysie du facial entraîne l'inaction du muscle surcilier; le sourcil reste pendant, et ne se rapproche plus de celui du côté opposé.

d. Si on veut jeter les yeux sur la figure annexée à ce numéro, on verra au dessous des rameaux frontaux une série de filets radiés qui se plongent dans la partie externe de la circonférence du muscle orbiculaire des paupières. Les paupières reçoivent aussi un très grand nombre de rameaux provenant de la cinquième paire, et il est même à remarquer que ce sont ces derniers dont Sœmmering s'est appliqué à faire représenter la distribution; cependant ils ne sont point destinés au mouvement des paupières. Le facial seul préside à la contraction de l'orbiculaire, et sa paralysie entraîne, ici, des conséquences assez graves. L'équilibre entre le muscle orbiculaire des paupières et l'élévateur de la paupière supérieure se trouvant détruit, par la paralysie du premier, qui reçoit l'i flux nerveux de la septième paire, l'occlusi des paupières devient impossible, la supérieu ne s'abaisse plus, et l'inférieure tombe légèr ment renversée en dehors. J'ai observé cet ét des paupières, et sur le malade opéré par Béclar et sur les deux femmes dont j'ai cité plus ha l'observation, et sur l'homme adulte qui ava eu dès son enfance la joue déformée par un co de timon de voiture. Il n'avait jamais pu, d puis cette époque, c'est-à-dire depuis trent cinq ans environ, rapprocher les paupières l'œil gauche; l'œil était plus saillant et parai sait plus volumineux que celui du côté oppos Au reste, le phénomène dont je parle a été gnalé par tous les observateurs, on l'a consta aussi sur les animaux soumis aux expérience le singe, l'âne, le chien. Je suis porté à pens que si les paupières pouvaient se fermer, ch le malade dont Béclard a donné l'observati dans les *Archives générales de Médecine*, c' que les filets palpébraux du nerf facial n'avaie pas été détruits. En conduisant au muscle orb culaire l'influx, par lequel il se contracte, nerf de la sptième paire contribue, d'une m nière médiate, à l'accomplissement de plusieu actes destinés à la protection de l'œil. Ces act se trouvent donc enrayés par la paralysie nerf. Les larmes ne sont plus uniformém étendues à la surface de l'œil, car le cligneme est devenu impossible. Ce phénomène si simp en apparence, dans son exécution, réclam l'intervention de trois nerfs, savoir: la ci quième paire qui fait naître dans la conjonctiv la sensation du *besoin* de cligner, la septièr paire qui fait fermer rapidement les paupièr par la contraction de l'orbiculaire, et la tro sième qui les fait ouvrir, par la contraction l'élévateur de la paupière supérieure. En l'a sence d'une seule de ces conditions, les de autres sont insuffisantes pour produire le clig ment. L'œil n'étant plus protégé par les pa pières et lubréfié par les larmes, s'irrite, se sèch la conjonctive s'enflamme et souvent la cor devient opaque. Quelquefois cependant la rot tion de l'œil opérée par les muscles oblique garantit en partie cet organe. Enfin, faute la participation du muscle orbiculaire au cou des larmes, celles-ci tombent en partie sur l joues. L'épiphora démontre donc que le ne facial concourt, d'une manière médiate, au fonctions de l'appareil lacrymal. Ce n'est p ici le lieu de démontrer que le muscle orbic laire contribue au cours des larmes, et par s mouvemens et par la direction qu'il impri aux conduits lacrymaux, notamment à l'ini rieur.

e. Après les filets palpébraux, viennent ce qui mettent en mouvement les narines et peau du nez (muscle élévateur commun l'aile du nez et de la lèvre supérieure, tra versal du nez, myrtiforme et pyramidal). L fluence du nerf facial sur ce petit appareil mu culaire qui est plus développé chez un gran nombre d'animaux que chez l'homme, est d montrée par les effets de sa section et de sa pa ralysie. Un âne fut jeté à terre, ses naseau se dilataient avec force: le nerf facial f coupé et la narine de ce côté tomba immobil M. Bell, qui rapporte cette expérience ajou

que quand on approchait du carbonate d'ammoniaque des narines, celle dont le nerf n'avait pas été coupé éprouvait la rétraction qui accompagne l'éternument, pendant que le côté opposé restait dans un relâchement complet. Un matelot dont l'oreille avait été le siége d'une suppuration chronique, avait la narine gauche paralysée au point que quand il se couchait du côté droit, il était forcé de la tenir ouverte avec les doigts, afin de respirer librement (*Journal des Progrès*, t. 6, p. 15). On a vu souvent le bout du nez entraîné vers le côté sain. La narine est plus étroite et la peau ne se ride plus sur une moitié du nez.

f. La plus considérable partie du nerf facial se répand dans les muscles nombreux qui meuvent les lèvres. Ces parties sont, aussi, abondamment fournies par la terminaison des nerfs sous-orbitaire et maxillaire inférieur, branches de la cinquième paire : en sorte que l'on a pu, d'abord, rester dans le doute sur l'agent de transmission du principe excitateur qui fait contracter les muscles de cette région. M. Bell avança dans ses premières publications, que les muscles des lèvres étaient mis en mouvement par des nerfs différens, suivant qu'ils servaient à l'expression de la face ou à la mastication; il rapporta les mouvemens du premier genre au facial, et les mouvemens relatifs à la mastication à la cinquième paire. Il cite l'observation d'un individu dont l'expression faciale était éteinte par la paralysie de la septième paire, et qui exécutait encore librement avec les lèvres, les mouvemens auxiliaires à la mastication. Mais M. Bell était alors dans l'erreur, et il en est convenu depuis. Quel que soit l'acte auquel les muscles des lèvres coopèrent, leur contraction est toujours mise en jeu par le nerf facial. M. Mayo en a donné une preuve sans réplique, en montrant que les lèvres sont complétement immobiles et inhabiles a saisir ou à retenir l'aliment, chez un animal dont on coupe la septième paire des deux côtés de la face. D'ailleurs l'observation des cas pathologiques, sur l'homme a, cent fois, mis cette vérité hors de doute. On a observé dans ce cas, que la salive et les alimens s'échappaient de la bouche par le côté paralysé, que la prononciation des voyelles qui exigent l'intervention des lèvres était devenue difficile, l'*o*, par exemple ; que les consonnes labiales, comme le *b*, le *p*, étaient mal articulés ; que l'action de siffler est devenue impossible, les lèvres ne pouvaient plus se resserrer que d'un côté (un cocher auquel on avait extirpé une tumeur au devant de l'oreille, ne pouvait plus siffler ses chevaux ; les nerfs buccaux avaient seuls été lésés au dire de M. Bell) ; que le malade a de la peine à lancer sa salive par l'acte de la sputation.

g. Parmi les filets du nerf facial qui se dirigent vers les lèvres, il en est qui ne les atteignent pas, et qui restent dans le muscle buccinateur ; cette partie de la joue reçoit aussi le filet buccal de la cinquième paire, mais ici, il paraît que c'est la septième qui apporte l'excitation nécessaire à la contraction. Dans l'hémiplégie faciale, la joue est flasque, elle s'enfle au moment de l'expiration, et surtout quand le malade veut prononcer un mot avec emphase. Le courant d'air détermine quelquefois dans la joue et les lèvres un phénomène analogue à celui qu'on observe chez les individus qui fument ; dans d'autres on a vu la joue battre contre les dents à peu près comme une *jalousie devant une fenêtre ouverte*. M. Gama dit avoir observé des effets analogues, dans le cas de paralysie du filet buccal de la cinquième paire. Si le nerf buccal est dans un cas tout à fait exceptionnel, par rapport aux filets de la cinquième paire qui vont aux muscles de la face, cela tient probablement à ce qu'il provient de la racine motrice de la cinquième paire. Mais j'ai peine à lui accorder l'influence que M. Gama lui attribue ; vu que le buccinateur est toujours paralysé lorsque la septième paire ne fonctionne plus.

h. Enfin, les rameaux les plus inférieurs de la septième paire, entrent dans le peaucier, muscle dont la contraction concourt à diverses expressions de la face. Je réserve pour le sixième paragraphe l'examen des usages de quelques autres divisions du facial, et notamment de la corde du tympan,

(*La suite au prochain numéro.*)

BÉRARD aîné,
Professeur de physiologie à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital St-Antoine.

Les histoires des perforations spontanées de l'estomac, sans lésion carcinomateuse, sont assez rares dans la science : les deux faits qui nous ont été communiqués par MM. Bineau et Teissier nous ont semblé tellement intéressans que nous avons cru devoir les réunir pour que nos lecteurs pussent les comparer avec plus de facilité.

DOULEURS ABDOMINALES TRÈS ANCIENNES. — PERFORATION SPONTANÉE DE L'ESTOMAC. — ADHÉRENCE DE CE VISCÈRE A LA PAROI DU VENTRE. — NOUVELLE PERFORATION DE CETTE PAROI. — ÉTAT ADYNAMIQUE. — MORT.

On doit généralement en médecine n'attacher qu'une importance médiocre aux cas rares. Cette science ayant un but d'utilité pratique, les maladies les plus communes, celles de tous les jours, méritent plutôt une attention soutenue, un examen consciencieux, une patience longue et inépuisable. Toutes les formes et toutes les nuances qu'elles peuvent revêtir doivent être étudiées et décrites de préférence aux autres maladies, et les travaux des praticiens doivent tendre à éclairer de plus en plus leur traitement. Cependant il est des cas assez singuliers pour exciter un certain intérêt ; et bien qu'au fond il y ait peut-être peu d'avantage à les connaître et peu d'utilité à en retirer, ils peuvent d'un autre côté servir à apprécier les ressources de la nature dans la lutte qu'elle soutient contre la maladie, ou se rattacher quelquefois à d'autres faits analogues ayant d'autres organes pour siége ; ils peuvent donc s'éclairer les uns par les autres ; et il est bon de les livrer à la publicité. Un fait de ce genre

s'est présenté récemment à mon observation : c'est une perforation spontanée affectant tout à la fois la paroi antérieure de l'estomac et celle de l'abdomen. Je n'en connais que trois exemples, peu ou point analogues à celui que je publie : l'un, fort célèbre, rapporté longuement dans la *Physiologie* de M. le professeur Richerand, celui de Madeleine Goré ; le second, cité par le grand *Dictionnaire des Sciences médicales*, celui du lieutenant Maillot ; et le troisième, mentionné d'une manière incomplète dans les *Archives générales de Médecine*, 1re série, t. 28 ; quant au fait que je raconte, il est des circonstances qui paraîtront difficiles à comprendre, que l'esprit se refusera peut-être à croire : cependant elles m'ont été affirmées comme vraies, et je n'ai rien négligé pour avoir des renseignemens exacts.

Madame G***, âgée de 80 ans, a été sujette pendant trente ans à des douleurs que l'on considéra comme rhumatismales, et qui affectaient toujours le ventre, sans jamais occuper les membres ni se déplacer (circonstance qui peut faire douter de ce prétendu caractère rhumatismal). Elle les comparait à la sensation que feraient éprouver des coups de broche ou de couteau traversant le ventre d'un côté à l'autre. Il en résulta pendant longues années la nécessité, pour la malade, de marcher et de se tenir courbée en double et d'appuyer presque constamment une main sur la région de l'hypochondre gauche, afin de préserver cette région du frottement des vêtemens lequel exaspérait toujours les douleurs. Très souvent elle *crachait* du sang ; elle rendait aussi par la bouche une grande quantité de matière liquide, filante, aqueuse, blanche, sans mélange de bile, ayant une odeur aigre ou nauséeuse, le jour, la nuit, sans grands efforts de vomissement, mais par nausées et avec des rapports gazeux, fades ou aigres. Je n'ai pu faire expliquer avec précision si elle vomissait ou crachait du sang, mais comme l'on m'a assuré qu'elle ne toussait pas et qu'il n'y a jamais eu de symptômes du côté des organes de la respiration ; comme c'était évidemment par des efforts de vomissemens, bien que très légers, qu'elle rejetait le liquide aqueux, il est probable que le sang venait aussi de l'estomac. Madame G. avait de l'appétit, digérait bien, ne vomissait jamais les alimens ; les selles et les urines étaient naturelles ; les forces assez grandes pour exécuter quelques travaux de ménage, faire son lit, etc. Elle menait une vie sédentaire et très retirée ; elle fit plusieurs traitemens contre son prétendu rhumatisme et sans succès, aussi depuis long-temps elle n'en suivait aucun. La courbure habituelle du tronc avait fini par déterminer un pli à la paroi antérieure et supérieure de l'abdomen dirigé de droit à gauche, et long de sept à huit pouces.

A l'âge de soixante-dix-sept ans, au mois de juin 1832, sans cause connue, elle s'aperçut un matin, au lit, que sa chemise se mouillait, et en se relevant, il jaillit tout à coup un jet de liquide clair, et blanc comme de l'eau de roche, par une petite ouverture pratiquée dans l'hypochondre gauche et dans l'épaisseur de ce pli transversal. Environ deux litres s'écoulèrent et ensuite le liquide ne sortit plus qu'en bavant par un suintement continuel. On se contenta de serrer le ventre avec une serviette, et l'on n'appela point de médecin. Ce suintement alla en diminuant pendant trois jours au bout desquels il s'arrêta, et ne se renouvela plus. Cette évacuation soulagea la malade ; les douleurs lancinantes furent moins fortes et plus supportables pendant quelques mois ; les rapports gazeux et liquides furent aussi moins abondans. Il y eut pendant deux ans et demi des alternatives de rémission et d'exacerbation ; mais enfin toutes les fonctions s'accomplissaient normalement, et aucun signe de cancer d'estomac ne se présentait. Quelque singulier et inexplicable que soit le phénomène de cette perforation suivie de guérison, malgré toutes mes questions propres à éclaircir la chose, les enfans de la malade n'ont jamais varié dans leur récit. Enfin, dans les premiers jours de janvier 1835, les douleurs abdominales devinrent beaucoup plus vives ; des cataplasmes émolliens les diminuèrent un peu ; l'état habituel de la santé était le même. Le 14, on remarque une légère altération dans les traits de la figure, une sueur assez abondante à la face, des douleurs plus fortes au ventre. Point d'amélioration dans la journée. Le 15 au matin, tout d'un coup l'ancienne perforation se rouvre et donne passage, en bavant, à une grande quantité d'eau. La malade ayant bu un mélange d'eau et de vin rouge, on s'aperçut que ce liquide sortait par cette perforation aussitôt qu'il était avalé ; il en fut de même d'un potage au vermicelle. Je fus alors appelé pour la première fois auprès de la malade ; et après avoir obtenu les renseignemens précédens, sans doute bien incomplets et peu satisfaisans, je constatai l'état suivant :

Amaigrissement général, mais en rapport avec le grand âge ; facies altéré ; affaissement général ; facultés intellectuelles entières, mais promptes à se fatiguer ; respiration libre et lente ; point de toux ; chaleur générale, douce et ordinaire ; pouls lent, faible, petit ; langue un peu sèche ; soif assez vive ; ni nausées, ni vomissemens ; décubitus en double, c'est-à-dire, les différentes parties du corps dans une demi-flexion les unes par rapport aux autres ; ventre souple dans tous les points, sans douleur ni tumeur appréciable au toucher ; pli transversal, très prononcé d'un hypochondre à l'autre, c'est là seulement qu'une pression un peu forte excite de la douleur. Une perforation, grande comme un petit pois, arrondie, existait dans l'épaisseur de ce pli, à la région épigastrique un peu plus à gauche qu'à droite, à deux travers de doigt au dessous du rebord des côtes asternales. Le contour de cette perforation était d'un rouge vif, la peau voisine avait un aspect naturel ; la paroi abdominale, tout autour, paraissait enfoncée en forme d'infundibulum. Le toucher ne faisait reconnaître dans le voisinage ni dureté, ni gonflement, ni altération de tissu. Cette ouverture donnait passage à tous les liquides que la malade avalait, et aussitôt qu'elle les avalait. Des gaz s'en échappaient aussi et venaient crever sous forme de bulles à l'extérieur. On appliqua des linges ; on essaya des obturateurs avec du coton, des éponges, rien ne réussit à fermer complétement cette

ouverture; les linges étaient continuellement imbibés; ces obturateurs étaient même douloureux. Le lendemain, des matières fécales liquides et bilieuses, reconnaissables à l'odeur et à l'aspect, sortirent à leur tour; l'adynamie générale se prononça rapidement; les selles étaient nulles, les urines supprimées; la soif plus ardente; la langue rouge et sèche, le gosier sec et brûlant; la chaleur générale diminua; le pouls devint plus petit, misérable, filiforme; affaissement des traits, prostration générale; assoupissement, et mort sans agonie ni douleur apparente, le 18 au matin, quatre jours après la perforation. La malade ne vomit pas une seule fois. Il me fut toujours impossible d'apercevoir le fond de l'estomac ni les mouvemens de ce viscère.

Des considérations particulières, si communes dans une petite ville, s'opposèrent à ce que la nécropsie fût complète. On ne permit que l'examen de l'estomac et de la paroi abdominale correspondante; il fut fait 24 heures après la mort.

Nécropsie : J'enlevai une portion circulaire de la paroi antérieure de l'abdomen comprenant la perforation et l'estomac tout entier; qui y était adhérent. Ensuite j'inclinai l'estomac sur la petite courbure et je renversai les lambeaux en dehors de manière à mettre à découvert sa face interne et sa cavité. Il contenait des mucosités peu épaisses et une bonne quantité de liquide alimentaire, dont la couleur était grise, l'odeur aigre et fade. Après avoir été lavée et essuyée, la membrane muqueuse parut de couleur grise naturelle dans le grand cul-de-sac, sans ramollissement ni épaisissement. Un pointillé rouge existait vers sa petite courbure et à la face postérieure; un pointillé noir, des replis muqueux fort épais, colorés en jaune, un épaisissement et une densité assez grande existaient à la portion pylorique. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace d'ulcération ni de désorganisation. Au milieu de la portion de l'estomac qui constitue la face antérieure, était un anneau circulaire, d'un pouce et demi de diamètre, à bords mousses et arrondis, très égaux, entiers, sans changement de couleur avec la muqueuse voisine avec laquelle ils se continuaient; cet anneau formait l'ouverture interne d'une cavité de sept à huit lignes de profondeur, dont les côtés étaient formés par une membrane celluleuse, presque muqueuse en apparence, et dont le fond était formé par la paroi cutanée de l'abdomen. Les bords de cet anneau étaient épais et presque fibro-cartilagineux du côté du grand cul-de-sac; mais en regard de sa portion pylorique, ils étaient sans épaississement et pointillés de noir. Le fond de la cavité était tapissé par une membrane celluleuse, différente de la membrane muqueuse, et presque entièrement plaquée et pointillée rouge. Au milieu de ce fond existait la perforation reconnue à l'extérieur, intéressant toute l'épaisseur de la peau, circulaire, large de quatre à cinq lignes, frangée du côté de l'estomac, lisse et nette en dehors; ce fond était entièrement formé du tissu adipeux et cutané qui constitue la paroi abdominale, sans apparence des muscles, sans épaisissement lardacé ou autre, en un mot à l'état normal et n'offrant aucun signe d'altération organique.

Il résultait de cette disposition que jadis une ulcération ou perforation spontanée s'était formée à la face antérieure de l'estomac, large d'un pouce et demi en tous sens, et qu'une adhérence salutaire s'était établie entre l'estomac perforé et la paroi de l'abdomen : ce qui avait empêché l'épanchement dans la cavité péritonéale. Peu à peu les bords de l'ulcération gastrique s'étaient cicatrisés et intimement unis au tissu cellulaire de l'adhérence. Plus tard un nouveau travail inflammatoire s'était opéré à la partie moyenne de cette nouvelle paroi constituée par la peau et celle-ci ramollie, détruite à son tour avait été perforée comme jadis l'avait été la face antérieure de l'estomac. De là les accidens observés pendant la vie.

On connaît sans doute un assez grand nombre d'exemples d'inflammation du foie, de la rate, des reins, avec abcès, perforation et passage du pus soit dans un autre organe (les intestins), soit dans une autre cavité (le thorax), soit à l'extérieur. Mais il n'existe pas d'analogie entre ces faits et le nôtre : là il y a effort de la nature pour expulser un liquide dont la présence est incompatible avec l'état de santé; ici au contraire il n'y avait aucun liquide contre-nature, aucun désordre organique, aucun travail nécessaire d'élimination; mais seulement un travail d'ulcération, guéri une première fois à l'aide d'une adhérence salutaire, et mortel la seconde fois faute d'une paroi possible et propre à oblitérer la perforation accidentelle. Ce cas rentre donc plutôt dans ceux des perforations spontanées publiées par Gérard et Lainé sous les auspices de MM. Chaussier et Percy. Il leur ressemble sous les rapports de l'obscurité des causes, de l'absence de symptômes particuliers pendant la vie, de la terminaison par adhérence avec les parties voisines; il en diffère par le défaut de dégénérescence squirrheuse ou autre, et même des signes d'inflammation. Il est surtout remarquable en ce qu'il est, je crois, le seul exemple d'une double perforation, intéressant successivement l'estomac et la paroi nouvelle par suite d'un second travail morbide de même nature que le premier (1).

BINEAU, D. M. P., *à Saumur.*

—

PERFORATION DE L'ESTOMAC. — PÉRITONITE PAR SUFFUSION. — MORT EN 24 HEURES. NÉCROPSIE.

J. Honoré Bourrillon, âgé de 75 ans, cultivateur, ayant toujours joui d'une bonne santé, s'occupait le 11 septembre 1834 à défricher par un temps très chaud. Il était encore à jeun, le travail était très pénible pour son âge, quand sur les 11 heures du matin, une douleur déchirante se fait sentir dans l'abdomen. Malgré ses souffrances il veut continuer ses occupations, mais des sueurs froides, des évanouissemens surviennent, et se voyant éloigné de tout secours il se traîne vers le chemin. Il est trouvé assis sur une pierre, extrêmement souffrant; on l'apporte dans son lit, et on me fait appeler vers midi et demi.

Je trouve le malade en proie à des douleurs

(1) J'ai conservé la pièce anatomique.

atroces qui sont plus prononcées à droite qu'à gauche de la cavité abdominale, le toucher les augmente; tout l'abdomen est pourtant douloureux, les parois du ventre sont rétractées, tendues; la face est altérée, pâle et grippée; la peau est froide, les extrémités le sont aussi; la langue est naturelle; il n'y a pas de vomissemens, pas de déjections alvines; l'émission de l'urine est supprimée; le pouls est faible, pas de fréquence.

Infusion de tilleul avec eau de fleurs d'oranger édulcorée chaude; embrocations huileuses sur le ventre.

Je le vois quelques heures après; les douleurs sont rémittentes, toujours très fortes; il y a eu deux vomissemens bilieux; la peau est toujours froide; le pouls faible et lent. Même boisson, un lavement huileux. Fomentations émollientes. A dix heures du soir, les douleurs sont moins prononcées, il n'y a plus de vomissement; la peau est naturelle et le pouls légèrement fréquent, il est un peu développé; le ventre est toujours rétracté sans être ballonné. Le malade a envie de dormir.

Je donne ordre à sa femme de lui faire appliquer vingt sangsues au dessus et à droite de l'ombilic si les douleurs se réveillent fortes comme auparavant.

La nuit a été très agitée, les sangsues ne sont appliquées que le matin à 6 heures. Je vois le malade peu de temps après. Les symptômes se sont agravés; la face présente une profonde altération; le pouls est filiforme; la peau est froide, le ventre ballonné, et tellement douloureux que le malade repousse la main qui veut le palper; la respiration ne s'effectue que par la poitrine, elle est haute, pénible et précipitée; il a uriné dans la nuit, il s'en sent le besoin et veut se lever pour le satisfaire, mais il s'évanouit dans nos bras, il est recouché et reprend ses sens. Un lavement sédatif est administré, mais le malade s'évanouit encore en le rendant. Il pousse des cris horribles en conservant toute son intelligence. — *Prescription.* Une potion calmante et des fomentations narcotiques après la chute des sangsues.

J'avertis les parens d'un danger très prochain, et il expire vingt-quatre heures après l'invasion des premiers symptômes, c'est-à-dire le 12 septembre, ayant conservé jusqu'au dernier moment ses facultés intellectuelles.

Nécropsie. Épanchement d'une pinte environ de sérosité sanguinolente mêlée de mucus réuni en pseudo-membranes; péritoine portant des traces d'inflammation; épiploon gastro-colique, violacé; quelques adhérences péritonéales existent au foie et au cœcum; mais elles sont anciennes. A l'orifice pylorique existe sur sa face antérieure une ouverture ronde semblant être le résultat d'une emporte-pièce, de cinq lignes environ de diamètre, située au centre d'un engorgement chronique un peu jaunâtre, n'ayant pas la consistance d'un engorgement squirrheux; il n'y a point de rétrécissement au pylore. Les bords de l'ouverture ne sont pas du tout frangés. Dans le liquide épanché nagent quelques débris de substances animales de couleur noirâtre, désorganisées et d'un très petit volume; on n'y trouve point de débris d'alimens; la vessie est vide. Il n'y a point d'injection vasculaire sur la muqueuse de l'estomac, si ce n'est à cinq à six lignes aux environs de la perforation; les autres organes sont sains.

Comment cette ouverture a-t-elle eu lieu? Sont-ce les efforts auxquels s'est livré cet homme la veille de la mort? Il y aurait dans ce cas des bords inégaux, frangés. Il n'y a selon moi aucun doute qu'il existait là une irritation chronique qui n'a point troublé les fonctions digestives (la femme du défunt m'a dit après, que depuis un an son mari se plaignait de douleurs au ventre et qu'il avait un peu maigri), mais qui n'en a pas moins détruit sourdement toute l'épaisseur des parois gastriques, et qui n'a demandé pour donner lieu à un épanchement abdominal que des efforts peu en rapport avec les forces de l'individu. Je ne serais pas éloigné de croire, vu la configuration de l'ouverture, qu'il se soit formé une escharre qui, adhérente encore aux bords de l'ouverture et lui servant pour ainsi dire de bouchon, a été poussée dans l'abdomen pendant l'exercice pénible de défrichement, et a donné ainsi naissance aux symptômes de péritonite sus-mentionnés. Les débris noirâtres de substances animales, ne seraient-ils point les fragmens de l'escharre? c'est ce que je ne pourrais affirmer.

TEISSIER, *médecin à Lançon*,
(Bouches-du-Rhône.)

CLINIQUES.

A l'avenir, et à partir du premier juillet 1835, il sera rendu compte, dans ce journal, des Cliniques médicales et chirurgicales de la Faculté de médecine de Paris.

II. — LITTÉRATURE MÉDICALE.

ANALYSES ET NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

RECHERCHES SUR LES EFFETS DE LA SAIGNÉE DANS QUELQUES MALADIES INFLAMMATOIRES, ET SUR L'ACTION DE L'ÉMÉTIQUE ET DES VÉSICATOIRES DANS LA PNEUMONIE, *par* P. CH. LOUIS, *médecin de l'Hôpital de la Pitié.*

Il n'est peut-être pas besoin d'une haute intelligence pour recueillir avec soin tous les détails d'une observation. Une attention soutenue, une volonté ferme, et des études médicales déjà assez avancées, suffisent ordinairement. Aussi, rien n'est-il plus commun qu'une observation bien rédigée, et même qu'une série d'observations exactement et convenablement prises. Mais de quelque intelligence qu'un homme soit doué, s'il veut être rigoureux dans les corollaires auxquels il prétend arriver, l'investigation préalable dont je viens de parler est rigoureusement nécessaire: c'est le

seul moyen d'avoir une énumération complète. Sans doute, on aura tenu compte de mille détails inutiles, mais on n'en pouvait constater l'inutilité qu'après mûr examen, qu'après comparaison exacte; et ce serait un tort grave de préjuger à l'avance de la valeur d'un détail, car, d'une part, on a vu que des circonstances, en apparence très minimes, devenaient dans l'analyse d'une importance extrême, et d'autre part, des choses grandes et notables de prime abord, n'obtenaient en définitive qu'une place pathologique bien secondaire, lorsque l'analyse avait tout mesuré avec son inflexibilité sévère.

Je ne veux pas dire pour cela que tout le médecin soit dans l'analyse et dans les chiffres; cette idée est bien loin de moi; ce n'est pas l'arithmétique médicale qui a fait Boerhaave, pas plus que les chiffres n'ont fait Newton. Il est dans l'homme de génie un élément artistique qui devance les connaissances positives de la science. Duval était astronome avant de savoir calculer un angle, et Vaucanson mécanicien prodigieux avant de savoir ce que c'était qu'un levier; mais ces grands génies n'acquerront de véritables *notions* (et ce mot est pris ici dans son sens philosophique) que lorsqu'ils compareront et qu'ils tireront des conclusions rigoureuses des faits qu'ils auront observés. Ils ne pourront surtout se rendre compte de leur science et la transmettre qu'en la formulant, et toute formule est une conclusion ou un sommaire conclusif. Malheureusement il semble que l'on se fasse un mérite des connaissances *à priori*, que l'on donne et que l'on conçoive de soi une bien plus haute opinion lorsque l'on arrive d'emblée à la formule en passant par dessus les connexions du soryte dont la formule ne doit être que la dernière partie. Il est vrai de dire que l'on touche vrai quelquefois, mais que d'erreurs n'accrédite-t-on pas, qui, devenues principes, sont à leur tour, avec une bonne ou une mauvaise logique, d'inévitables causes d'erreurs nouvelles. C'est ainsi que la médecine a toujours été faite. De grands hommes tels que Hippocrate, Boerhaave, Stoll, Borsieri, ont vu des vérités qu'ils ont proclamées; mais parce qu'ils n'avaient tenu compte que d'une partie des faits, ils ont généralisé alors qu'ils ne devaient tirer que des conclusions plus étroites, et ainsi leurs propositions toutes ou presque toutes sont entachées d'erreurs parce qu'elles sont toujours ou au-delà ou en-deçà.

De là vient que la pathologie, la séméiologie et la thérapeutique sont encore dans l'enfance, de là vient que les systématiques vont toujours écrivant avec un dévergondage d'imagination qui ne fait en définitive que substituer des opinions à d'autres opinions, comme si la médecine devait se traiter comme la littérature et les beaux-arts.

Il appartenait à un médecin de notre époque et de notre nation de faire en médecine une révolution d'autant plus singulière qu'elle était sans violence, sans apôtres, sans prestiges, révolution silencieuse, toute de résistance. M. Louis, en cela bien secondé d'abord par M. Chomel, sacrifia toute sa vie à recueillir, comparer, analyser des observations médicales, à les compter, à en tirer des conclusions ayant une rigueur presque mathématique. Il voulut que désormais toute la médecine fût étudiée ainsi; et peu à peu, entraînant ses plus rudes antagonistes, il les força à compter eux-mêmes, et vit bientôt cette méthode numérique, d'abord si dédaigneusement accueillie, devenir l'instrument de presque tous les bons observateurs.

J'ai été, je le confesse, un des plus violens, un des plus injustes détracteurs de cette méthode, je ne la comprenais pas; aujourd'hui que je l'ai étudiée, je reconnais qu'elle seule fait faire à la science des progrès solides, qu'elle seule permettra d'utiliser dans les siècles à venir, les travaux de ceux qui auront vécu auparavant, et d'élever ainsi lentement un édifice que les rêveries d'un Galien ou d'un Paracelse seront impuissantes à renverser.

Je laisse parler M. Louis :

« Cependant, cette méthode, dont la simple exposition devrait suffire pour en démontrer la nécessité, cette méthode a été critiquée par plus d'un médecin. Voyons si les attaques dirigées contre elles ont quelque fondement, et s'il est possible d'arriver à des résultats rigoureux, à une démonstration quelconque en thérapeutique, sans son secours.

« La première et, en apparence, la plus grave des objections faites à la méthode dont il s'agit, c'est qu'il est difficile de réunir un nombre suffisant de cas d'une même maladie, dont on puisse dire qu'ils sont identiques, surtout si l'on prend garde qu'il n'existe peut-être pas deux cas, d'une affection quelconque, absolument semblables.

« Sans doute, si, pour que deux cas d'une même maladie aient la ressemblance qui est nécessaire pour les grouper, ils doivent être relatifs à des individus d'un âge parfaitement égal, de force, de stature et d'embonpoint mathématiquement semblables, etc., etc.; si l'affection doit être très exactement à la même époque de sa durée, ou d'une étendue identique (à supposer qu'on puisse la mesurer); si le mouvement fébrile qui l'accompagne doit être le même, au point que les pulsations artérielles ne soient pas plus nombreuses, même de deux ou de trois, chez un sujet que chez l'autre; si telles sont les conditions de la ressemblance dont il s'agit, il sera à jamais impossible de les trouver réunies; pas plus qu'on ne trouve, sur un même arbre, deux feuilles de forme, de couleur et d'épaisseur exactement semblables. Et, comme la nécessité de réunir des faits semblables, pour les grouper et en conclure rigoureusement, n'est pas douteuse, il s'ensuivrait qu'il n'y aurait en médecine que des individualités, qu'il y serait à jamais impossible de s'élever à un fait général quelconque, même en pathologie; qu'il n'y aurait pas moyen non plus de décrire une feuille d'arbre d'une manière générale. L'expérience, heureusement, nous permet d'apprécier les valeurs de ces conséquences, et aussi celle de l'assertion d'où elles découlent. Une feuille d'arbre étant bien décrite, on peut toujours la reconnaître, et les faits généraux de la pathologie une fois bien constatés, on les vérifie tous les jours, dans des circonstances semblables à celles dans lesquelles se trouvaient les malades de l'histoire desquels on les a conclus. De manière qu'en réalité on peut réunir des faits assez

semblables entre eux, pour en tirer des lois que l'expérience vérifie journellement.

« Raisonnant *à priori*, comme l'ont fait les médecins qui se sont déclarés contre la méthode dont il s'agit, et qu'on désigne sous le nom de méthode numérique, on pourrait, on devrait conclure de la diversité des tempéramens, de celle de la taille, de l'intelligence et de beaucoup d'autres circonstances, facilement appréciables chez l'homme, on devrait conclure des différences non moins considérables relativement aux viscères profondément placés, et à leur action ; et soutenir, relativement à l'estomac, par exemple, qu'il faut autant d'espèce d'alimens qu'il y a d'individus. Et néanmoins, l'expérience montre que, malgré d'assez grandes différences qu'on ne saurait nier, entre les personnes qui se ressemblent le plus ; neuf cent quatre-vingt-dix-neuf sur mille de celles qui diffèrent par l'âge, le sexe, le tempérament, etc., etc., etc., se nourrissent des mêmes alimens, accommodés de la même manière.

« L'expérience montre aussi, et c'est à l'expérience qu'il faut en appeler de tous les raisonnemens, qu'un même médicament administré dans une même maladie, à des individus qui offrent de grandes différences d'âge, de force, de tempérament, etc., etc., peut avoir un succès presque constant : ainsi, les drastiques dans la collique des peintres, le quinquina dans les fièvres intermittentes, etc., etc. D'où il suit, d'une part, que les faits; pour être groupés, n'ont pas besoin d'une ressemblance parfaite ou imaginaire, et de l'autre, que, quand l'action d'un agent thérapeutique est très efficace, elle s'exerce malgré de nombreuses différences entre ceux qui y sont soumis; différences qui semblent momentanément effacées par la maladie elle-même.

« On dira peut-être, relativement au quinquina, que le raisonnement n'est pas péremptoire, ce médicament ayant été administré, d'après la supposition faite, dans des maladies intermittentes. Mais qu'importe, relativement au sujet qui nous occupe, les malades auxquels il a été donné offrant de nombreuses différences, sous le rapport de l'âge, du sexe, du tempérament, de la force, de l'ancienneté de la maladie, etc., etc. ?

« S'il n'est pas indispensable de tenir compte de beaucoup de circonstances, pour apprécier, d'une manière générale, l'effet des agens thérapeutiques employés dans le traitement de la colique de plomb et dans celui des fièvres intermittentes, on peut encore s'en abstenir dans le traitement de beaucoup d'autres maladies. Que, par exemple, dans une épidémie quelconque, cinq cents malades, pris indistinctement parmi ceux qui ont été atteints de la maladie régnante, aient été soumis à une espèce de traitement; que cinq cents autres, pris de la même manière, aient suivi un traitement différent ne devra-t-on pas conclure, s'il est mort un plus grand nombre de malades parmi les premiers que parmi les seconds, que le traitement des premiers était inférieur à celui des autres ? On le devra nécessairement, parce que, sur un groupe de sujets aussi considérable, des circonstances semblables se seront nécessairement rencontrées ; et tout étant égal de part et d'actre, à part le traitement, la conclusion sera rigoureuse. C'est de cette manière qu'on a procédé dans l'appréciation générale du traitement du choléra asiatique; et personne, excepté peut-être le principal intéressé, n'a trouvé la méthode mauvaise. Je voudrais bien savoir, en effet, comment on s'y serait pris pour savoir à quoi s'en tenir sur ce point, sans compter.

« Remarquons d'ailleurs que l'objection faite à la méthode numérique, c'est-à-dire la difficulté ou l'impossibilité de faire des groupes de faits semblables, est la même pour toutes les méthodes qu'on voudrait lui substituer, *que c'est précisément à cause de l'impossibilité d'apprécier chaque cas avec une exactitude en quelque sorte mathématique, qu'il faut nécessairement compter; puisque les erreurs, des erreurs inévitables, étant les mêmes pour deux groupes de malades traités par des procédés différens, ces erreurs se compensent, et peuvent être négligées, sans altérer sensiblement l'exactitude des résultats.*

« En définitive, c'est par les résultats qu'on peut apprécier la valeur des méthodes : on s'occupe depuis des siècles de la thérapeutique, et la thérapeutique est dans l'enfance. Il y a donc à faire autre chose que ce qu'on a fait jusqu'ici ; et comme les hommes habiles n'ont jamais manqué à la science, c'est à la méthode, ou plutôt au manque de toute méthode, qu'il faut s'en prendre de l'état actuel de la thérapeutique. Qu'on veuille bien mettre à l'observation le soin et le temps qu'elle réclame ; qu'ensuite on analyse les faits rigoureusement, pour s'en rendre compte ; et (il est impossible d'y parvenir sans les grouper, sans les compter) ; et la thérapeutique fera des pas non moins assurés que les autres parties de la science.

« Mais il y a eu jusqu'ici tant de fluctuation en médecine ; l'observation a été généralement si imparfaite ; ce qu'on appelait ses résultats, si variable, si souvent démenti par les faits : on est si peu accoutumé à voir l'expérience vérifier ce qui est dans les livres, qu'on dira peut-être que cette science que je fais si sûre avec mes chiffres, cette science abandonnera le praticien au lit du malade. Sans doute la science abandonnera le médecin, s'il en fait une mauvaise application ; mais comment pourrait-elle l'abandonner, s'il l'emploie avec discernement ; la science, j'entends la *vraie science*, n'étant que le résumé des faits particuliers. Et en preuve de la vérité de ces propositions, je rappellerai au lecteur que les résultats auxquels j'étais arrivé, au moyen de la méthode numérique, il y a six ans, relativement à l'effet des émissions sanguines dans les maladies aiguës ; ces résultats ont été confirmés depuis, par l'analyse de faits nouveaux recueillis à l'hôpital de la Pitié. J'ajouterai qu'un jeune médecin laborieux, M. Bachelier a publié en 1832, dans sa *Dissertation inaugurale*, des faits qui confirment tout ce que j'ai dit et observé au sujet des émissions sanguines : et ces coïncidences ne pouvant être attribuées au hasard, elles déposent en définitive, en faveur de la méthode au moyen de laquelle on y a été conduit.

« Les objections faites à la méthode numérique appliquée à la thérapeutique, sont donc sans fondement ; la thérapeutique ne peut marcher sans elle. Et dire que cette méthode n'est pas néces-

saire pour avancer sûrement dans son étude, c'est nier la nécessité de grouper les faits d'après leur ressemblance, puis de les nombrer pour se *rendre compte* de l'action des agens thérapeutiques : car en définitive, compter n'a pas d'autre but ; c'est aussi montrer une bien grande préoccupation, et oublier ce qu'on fait tous les jours. En effet, quand des médecins sont appelés près d'un malade pour lui donner des soins, et qu'après être tombés d'accord sur le caractère et l'espèce de l'affection, ils en viennent au traitement, si l'un d'eux ne partage pas l'avis de ses confrères sur l'utilité des moyens proposés ; que fait-il pour faire prévaloir son sentiment ? Il ne s'appuie pas (je parle des praticiens expérimentés) sur des raisons théoriques, sur des considérations *à priori*, qui ne persuaderaient personne ; il motive sa préférence pour les moyens qu'il indique, sur ce qu'il les a vus plus souvent suivis de succès que l'emploi des moyens proposés. C'est-à-dire qu'il argumente comme s'il avait compté, sans l'avoir fait, j'en conviens : et cette argumentation est l'aveu tacite, ou la preuve, qu'on ne peut constater l'action d'un agent thérapeutique. qu'en recherchant si, dans des circonstances déterminées et en apparence semblables, il n'est pas plus souvent donné avec succès que tout autre.

« On dira peut-être que si la méthode dont il s'agit peut montrer que telle ou telle thérapeutique est *généralement* meilleure qu'une autre, elle ne dit pas comment tel individu atteint de pneumonie, par exemple, et traité de la même manière que son voisin qui paraît dans des circonstances analogues ; comment cet individu guérit beaucoup plus lentement que le dernier. Je réponds à cela que l'avantage reconnu à la méthode numérique est déjà fort grand, et ne saurait être obtenu par un autre moyen, que quand des malades qu'on croyait dans des circonstances semblables, guérissent après des espaces de temps très inégaux, quoique traités de la même manière ; cela provient nécessairement de ce que la ressemblance qu'on avait cru remarquer, n'était pas exacte ; que c'est une nouvelle raison d'étudier les malades avec un grand soin, afin de pouvoir constater nettement les ressemblances et les dissemblances qu'ils présentent. Mais pour savoir si ces dissemblances ont la valeur qu'on serait tenté de leur attribuer, si elles ont réellement une influence marquée sur l'action des médicamens, si elles expliquent la différence observée dans la durée de la maladie, évidemment il faut mettre d'un côté tous les cas où les dissemblances, non aperçues d'abord, existent ; de l'autre, ceux où elles n'existent pas ; compter les uns et les autres : et si la durée de la maladie de chaque sujet d'un même groupe offre des différences moindres que celles dont il a été question, additionner ces durées, en prendre la moyenne, puis la comparer à celle des groupes opposés, c'est-à-dire qu'il faut encore compter. Jusque-là évidemment, ou avant que les faits semblables soient réunis, comptés, etc., il y a à peine quelques probabilités en faveur de telle ou telle opinion.

« Oui, je ne crains pas de le dire, et le lecteur attentif partagera ma conviction : entre celui qui compte les faits, groupés d'après leur ressemblance, pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur des agens thérapeutiques, et celui qui ne compte pas ; tout en disant, *plus ou moins, rare ou fréquent ;* il y a la différence de la vérité à l'erreur, d'une chose claire et vraiment scientifique, à une chose vague et sans valeur : car quelle place donner dans la science à ce qui est vague ?

« Personne ne nie la nécessité d'un nombre de faits considérable pour s'élever à la connaissance du meilleur traitement d'une maladie quelconque ; *mais à quoi bon si l'on ne compte?*

« On va plus loin : on s'élève contre la méthode numérique, parce que le nombre de faits sur lesquels elle opère est toujours borné, et que, pour avoir toute la valeur qu'on lui suppose, il faudrait, dit-on, qu'elle agît sur une masse d'observations beaucoup plus considérable que celle qu'un même observateur peut recueillir. Mais cette objection est un des argumens les plus forts en faveur de la nécessité de la méthode numérique ; puisque chaque observateur venant à compter, des nombres bornés ajoutés à des nombres bornés, finiront par donner des nombres si considérables, que la loi ou même le chiffre de la loi qui sera l'expression de ces faits ainsi accumulés, sera nécessairement d'une exactitude rigoureuse.

« On parle sans cesse de l'expérience des siècles en médecine ; mais comment cette expérience peut-elle être une réalité, si ceux qui écrivent, au lieu de lire, j'ai souvent vu, j'ai rarement vu ; n'ont pas dit, j'ai vu tant et tant de fois ? Alors, en effet, l'expérience d'un homme pourrait s'ajouter à celle d'un autre homme. Mais le moyen d'ajouter l'expérience de celui qui a dit plus, moins, rarement ou fréquemment, à l'expérience de celui qui s'est aussi borné à dire, plus ou moins rarement ou fréquemment ? Imaginez des milliers d'auteurs ayant suivi cette dernière marche, c'est comme si vous n'en aviez qu'un ; et, sous beaucoup de rapports, comme si vous n'en aviez pas du tout. *Si donc il y a moyen de recueillir l'expérience des siècles en therapeutique, ce ne peut être qu'en employant la méthode numérique.* »

Maintenant que j'ai donné de cette importante méthode l'idée que je croyais en devoir donner, pour n'y plus revenir désormais, je vais tâcher de faire connaître le travail de M. Louis sur les effets de la saignée dans les maladies inflammatoires. Les résultats en sont tellement extraordinaires qu'ils étonneront ceux qui ne les connaissent pas encore ; mais de toute façon ils donneront à penser à ceux qui ont trop facilement et trop constamment fait ce qu'ils avaient toujours vu faire, sans se rendre compte de l'influence réelle de ces moyens.

Les trois maladies inflammatoires dans lesquelles M. Louis étudie les effets de la saignée, sont : la pleuropneumonie, l'érysipèle de la face et l'angine.

1° *Effets des émissions sanguines dans la pneumonie.* — Le statistique de la péripneumonie s'établit sur 78 malades, tous pris, autant que possible, dans des conditions analogues. 28 d'entre eux ont succombé et 50 ont guéri, tous ont été saignés. Des cinquante sujets qui ont guéri, trois furent saignés dès le 1er jour de l'affection, autant le 2e, six le 3e, onze le 4e, six le 5e, cinq le 6e, six le 7e, autant le 8e, quatre le

9e, et la durée moyenne de la maladie fut, dans l'ordre indiqué, de 12, 10, 18, 19, 22, 20, 17 et 23 jours.

Il résulte de ces faits, que le traitement antiphlogistique commencé les deux premiers jours d'une pneumonie peut en abréger beaucoup la durée; tandis que, ces deux jours passés, la puissance de la saignée est à peu près nulle.

Si maintenant nous passons aux 28 malades qui sont morts, nous verrons mieux encore ressortir le peu d'utilité des émissions sanguines. En effet, 18 d'entre eux furent saignés dans les quatre premiers jours de la maladie, neuf du cinquième au neuvième; et si l'on réunit d'un côté tous les malades qui ont été saignés pour la première fois dans les quatre premiers jours de la pneumonie, quelle qu'ait été d'ailleurs sa terminaison; de l'autre, tous ceux qui ont été saignés plus tard: on a dans l'ordre indiqué, d'une part, 41 sujets, parmi lesquels 18 ou les trois septièmes ont succombé; et de l'autre, 36, parmi lesquels 9 ou le quart seulement, ont eu le même sort. Mais il faut tenir compte du fait suivant, savoir, que les malades de la seconde série, étaient en général plus jeunes que ceux de la première.

Maintenant M. Louis laisse de côté l'influence de la saignée sur le nombre des guérisons, il étudie ses effets sur chacun des symptômes en particulier. Il constate: 1° que la *douleur* ne fut *jamais* jugulée par la saignée, et qu'au contraire elle augmenta généralement pendant les 12 ou 24 heures qui suivirent. Sa durée fut de 6 jours chez les sujets saignés dans les 4 premiers jours de la maladie, et de 8 chez ceux dont la veine ne fut ouverte que plus tard; 2° la durée moyenne des *crachats peripneumoniques*, varia comme celle de la douleur; 3° *la crépitation, la resonnance de la voix, l'égophonie, l'obscurité du son*, suivirent la marche des symptômes dont il vient d'être question. Il en fut de même de l'accélération du pouls, de la chaleur, des sueurs, etc., etc. Que si, lorsque la saignée était pratiquée après le 8e, 10e, 12e jour, on voyait souvent l'émission sanguine suivie d'un grand amendement dans les symptômes, cela tenait évidemment à ce que la saignée avait été faite peu avant le terme naturel de la maladie.

M. Louis fait lui-même observer que les malades ont perdu tout au plus 2, 3, 4 livres de sang. Il se demande, sans résoudre la question, si des saignées beaucoup plus copieuses auraient un résultat beaucoup plus avantageux.

Effet des émissions sanguines dans l'érysipèle de la face. — De 33 sujets atteints d'érysipèle de la face qui tous étaient dans un état de santé parfaite, au moment où ils furent atteints de cette maladie, 21 furent saignés. Chez eux l'affection dura sept jours et un quart; chez les autres elle fut de huit jours. D'où il faut conclure que les saignées ont abrégé la maladie de trois quarts de jour.

Effet des émissions sanguines dans l'angine phlegmoneuse. — Il en fut à peu près de même pour l'angine phlegmoneuse; puisque sur 23 cas d'angine recueillis par M. Louis, 13 malades furent saignés et 10 ne le furent pas. La durée moyenne de la maladie fut de neuf jours chez les premiers, et de dix un quart chez les autres; d'où il semble résulter que la maladie n'a été abrégée que de 30 heures par la saignée.

Ces résultats sont graves et surtout ils doivent engager les médecins à réfléchir. Habitués qu'ils sont à suivre une médication, sans s'être rendu compte de son utilité, ils auront peine sans doute à renoncer aux saignées, qui sont devenues entre leurs mains le moyen presque unique de traiter la pneumonie, l'angine et l'érysipèle de la face.

J'avoue que les résultats auxquels est arrivé M. Louis, dans le traitement de la pneumonie auraient quelque chose de décourageant s'il n'indiquait en même temps une méthode thérapeutique dont l'utilité désormais ne saurait être contestée, c'est l'association des saignées modérées au tartre stibié à hautes doses.

Le tartre stibié fut administré à 16 sujets qui guérirent, pendant l'espace de quatre à sept jours, à doses successivement croissantes, de six à douze grains dans six onces d'eau distillée, de tilleul, édulcorée avec une demi-once ou une once de sirop diacode; et les malades prenaient ces doses en six ou huit fois. Leur affection dura, terme moyen, dix-huit jours; trois jours de plus que celle des sujets qui ne furent pas soumis à cette médication: de manière qu'il semblerait au premier abord, que le tartre stibié a dû avoir une influence fâcheuse sur la marche de la maladie, loin d'en avoir accéléré l'heureuse terminaison.

Mais cette influence fâcheuse n'est qu'apparente. Le tartre stibié fut administré quand déjà plusieurs saignées avaient été pratiquées, parce que la maladie persistait en prenant plus d'intensité; au huitième jour de sa durée, terme moyen, et dans des cas où la première émission sanguine n'avait pas été faite avant le cinquième jour, aussi terme moyen: tandis qu'elle avait été pratiquée le troisième, chez les individus qui ne prirent pas d'émétique. C'est-à-dire que ce médicament ne fut donné que dans les circonstances les plus défavorables, et dans des cas graves; ce qui explique, de reste, la longue durée de la maladie de ceux qui en prirent. Ajoutons, et il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance de ce fait, que les sujets auxquels le tartre stibié fut prescrit, étaient généralement plus âgés que ceux qui n'en prirent pas; de manière que ces derniers n'avaient, terme moyen, que trente-et-un ans, et les autres quarante-cinq. Différence énorme, qui n'indique pas seulement que le tartre stibié n'a pas eu la funeste influence qu'on aurait été tenté, au premier abord, de lui attribuer, sur la durée de la pneumonie; mais qu'il a dû en accélérer la marche, et empêcher sa terminaison funeste, dans quelques cas.

Cette dernière proposition semble d'ailleurs confirmée par les changemens qui suivirent, presque immédiatement, l'administration du tartre stibié. Dès le lendemain, en effet, quinze des dix-sept sujets qui en prirent, se trouvèrent un peu mieux, ou beaucoup mieux; ayant alors sensiblement plus de force, la physionomie beaucoup meilleure, la respiration moins gênée. En outre, treize d'entre eux, dont la poitrine rendait un son plus ou moins complétement mat, dans une certaine étendue, au moment où le tartre stibié fut administré, offraient, dès le lendemain, une amélioration notable, sous ce

rapport ; la percussion du thorax étant déjà plus sonore. Et ces améliorations diverses persistèrent, en faisant tous les jours de nouveaux progrès.

L'augmentation des forces, dès le lendemain de l'administration du tartre stibié, est d'autant plus remarquable, que l'action de ce médicament était accompagné de selles et de vomissemens nombreux. Seize fois sur dix-sept, les selles furent très multipliées, au nombre de huit à quinze le premier jour, moitié moins fréquentes le lendemain, et le troisième ou le quatrième jour, elles ne l'étaient pas plus que dans l'état ordinaire. Les vomissemens furent moins nombreux et de moins longue durée que les selles, ne persistèrent pas au-delà du premier jour, et manquèrent chez cinq sujets, ou dans un peu plus de la troisième partie des cas.

Trois des malades qui moururent prirent du tartre stibié, et n'éprouvèrent aucune amélioration le lendemain de son administration. Un seul d'entre eux n'eut pas les évacuations indiquées.

Ainsi, de vingt sujets auxquels l'émétique fut donné dans des circonstances graves, trois seulement succombèrent : ce qui ne peut laisser de doute, ce me semble, sur l'utilité de l'émétique, à haute dose, dans le traitement de la pneumonie ; d'autant plus que ces trois sujets étaient tous âgés, sexagénaires ou septuagénaires.

M. Louis termine enfin par des relevés curieux qui démontrent le peu d'utilité des vésicatoires dans la pneumonie.

J'ai voulu donner une longue analyse d'un livre fort peu volumineux, mais fort plein de choses utiles ; j'ai voulu mettre nos lecteurs à même d'apprécier, et la méthode d'observation de M. Louis, et les résultats inattendus auxquels était arrivé cet excellent observateur.

Mais il est une question grave, question qui n'a point été abordée par M. Louis, c'est celle des constitutions épidémiques. J'ai eu avec ce praticien de longues conversations à ce sujet ; il m'a déclaré qu'il n'avait rien voulu préjuger de l'inflence des constitutions, qu'il n'avait entendu parler ici que des pneumonies, des angines et des érysipèles sporadiques ; qu'il reconnaissait volontiers un génie particulier à certaines épidémies, mais qu'encore une fois, si spéciale que fût une épidémie, encore faudrait-il compter pour connaître 1° la marche actuelle de la maladie ; 2° l'influence des diverses méthodes thérapeutiques qui lui auraient été opposées ; 3° enfin l'insuffisance de la médication dont l'expérience avait constaté l'utilité dans les cas sporadiques

A. Trousseau

III. — REVUE DES JOURNAUX.

JOURNAUX FRANÇAIS.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

(*Mars et avril.*)

Les articles de ces deux mois qui peuvent le plus intéresser les praticiens, sont :

1° *Considérations sur le traitement de la fièvre hectique en général*, par M. R. P.—L'auteur nie d'abord qu'on soit bien plus avancé dans le traitement de la fièvre hectique quand on a dit que ce n'est pas une fièvre essentielle et qu'elle est toujours symptomatique d'une lésion organique réagissant sur l'économie : car indépendamment de ce qu'il y a de faux et de beaucoup trop général dans cette proposition, en l'admettant pour aussi vraie qu'elle est erronée, les indications thérapeutiques n'en varieraient pas moins selon mille circonstances ; et cela déjà suffirait à établir que l'avantage que semble promettre cette précision de diagnostic est plus spécieux que réel, et qu'il en résulte pour le médecin moins de lumières qu'il ne paraît. Puis il ajoute, qu'à ces fièvres hectiques qui sont liées comme effet aux inflammations chroniques des membranes muqueuses aux scrophules, aux tubercules pulmonaires, aux suppurations lentes du foie, des reins, du mésentère, etc., il faut joindre celles qui, sans aucune de ces lésions, sont dues en totalité à la répercussion d'exanthèmes, au ptyalisme prolongé, au diabètes, à l'onanisme ou aux excès vénériens, aux chagrins profonds et prolongés, à l'aménorrhée etc., et qui ont pour base une lésion *sinè materiâ* du système nerveux. Il est évident que le principe général de thérapeutique, savoir, qu'il faut avant tout s'attacher à reconnaître la cause d'une maladie et à l'éloigner ou l'atténuer, s'applique aussi à la fièvre hectique et veut être pris en immense considération dans la curation de toutes les espèces que je viens d'énumérer ; mais c'est moins du traitement de chaque fièvre hectique en particulier qu'il s'agit ici, que du traitement de cet état morbide considéré en lui-même, et abstraction faite des causes qui l'ont développé et l'entretiennent. M. R. P. ne s'est pas justifié de cette manière de voir qui peut sembler arbitraire et ontologique, qui peut conséquemment aussi exciter l'objection suivante : pourquoi détachez-vous la fièvre hectique de ses causes, de l'état organique fixe, sensible, appréciable qui la produit ? Ainsi séparée, elle n'est plus, c'est une abstraction, un être sans substance, et qui par vous considéré en dehors des conditions d'organisation dont il dépend, ne peut être l'objet d'aucun traitement, car une médication ne saurait s'attaquer à un fait aussi illimité, aussi conditionnel, aussi peu indépendant que celui qu'exprime le mot *fièvre hectique*, etc. Je prends la liberté de répondre à sa place et de faire remarquer que la fièvre hectique, en tant que mode particulier de réaction organique, a des caractères génériques communs à toutes les fièvres hectiques, et que chacune de celles-ci a de plus des caractères spéciaux en tant que réaction organique liée à telle ou telle cause, à telle ou telle altération ; d'où il résulte que la fièvre hectique a sa thérapeutique générale applicable à toutes les fièvres hectiques qui n'en ont pas moins leur thérapeutique spéciale reposant sur les indications offertes par le genre, étendues, resserrées ou modifiées par celles tirées de l'espèce. Par exemple, dans toutes les fièvres hectiques, le praticien est en face d'un organisme qui s'use

à lutter contre une cause inépuisable ou se régénérant continuellement; car on peut représenter la fièvre hectique par cette formule : *réaction lente et insuffisante qui consume l'organisme parce qu'elle ne détruit pas la cause.* Or, quel que soit le mobile de cette réaction, le médecin aura toujours à résoudre deux problèmes bien difficiles, savoir : 1° Emousser le stimulus de la cause sans risquer un collapsus général capable de ruiner irréparablement la puissance vitale et de priver le thérapeutiste de tout le parti qu'il pouvait en tirer; 2° soutenir cette résistance sans risquer d'alimenter le stimulus de la cause et d'épuiser plus rapidement les forces qu'on voulait entretenir. De ces deux alternatives, la seconde est la moins périlleuse, c'est aussi celle qu'adopte M. R. P., et les moyens qu'il emploie pour la garantir de tous les inconvéniens qu'elle implique, me paraissent les plus sages et les moins incertains: car j'avertis de nouveau qu'il n'est ici question que du traitement de la fièvre hectique en général sans préjudice de celui que peuvent motiver les espèces et les individualités. Il rejette les excitans pharmaceutiques, ce qui est raisonnable, au moins d'une manière générale; car s'ils réveillent les forces, ils ne les réparent pas; ils épuisent les restes de l'incitabilité, pour parler le langage de Brown. Ainsi que les toniques de la matière médicale, leur usage n'est guères indiqué que pour monter les organes digestifs en particulier, et les forces nutritives en général au degré nécessaire à la digestion et à l'assimilation des véritables toniques, de ceux qui seuls ont les caractères qu'Hippocrate leur assignait, de maintenir la matière dans un état fixe : *faciunt ut corpus in loco sit*, on voit que je veux parler des alimens qui sont les toniques par excellence. Mais quels sont les alimens qu'on fera prendre à un malade en proie à la fièvre hectique? En premier lieu, le lait. *Quand*, dit l'auteur, *un malade atteint de fièvre hectique, quelle qu'en soit la cause, me dit que son estomac digère très bien le lait, qu'il passe parfaitement, je n'ai jamais désespéré de sa guérison; dans le cas contraire, je porte un pronostic très fâcheux.* En fesant justice de ce que cette opinion a de beaucoup trop exclusif, il reste pour vrai que le lait est tout à la fois dans la fièvre hectique, une boisson, un aliment, un médicament très précieux et que les malades chez qui on a commencé par le donner à petites doses, finissent par en prendre d'énormes quantités avec grand bienfait et refocillation. Il faut le couper avec quelque boisson légèrement excitante et aromatique, comme l'infusion de tilleul, par exemple, chez ceux à qui il paraît insipide et d'une digestion difficile en prenant aussi en même temps quelques pastilles de magnésie ou alkalines de d'Arcet. Le lait constipe fâcheusement certains malades : pour prévenir cet inconvénient, il est bon de l'étendre avec du bouillon de veau ou de poulet. Plus souvent il produit la diarrhée : sans hésiter, il convient alors d'en défendre l'usage et de recourir à d'autres boissons douces et nutritives. Le point difficile ici, est de savoir les varier, car le malade se dégoûte bientôt. Les plus convenables sont : la décoction sucrée de salep, celle de lichen d'Islande coupée ou non avec le lait et à laquelle on conserve son principe amer, si l'estomac en a besoin, principe qu'on lui enlève dans le cas contraire, en prolongeant la décoction pour la réduire au mucilage. Les crêmes de riz, de gruau, d'orge, d'avoine, ainsi que toutes les fécules, servent aussi à varier les boissons nutritives; presque toujours il faut y ajouter un peu d'infusion de camomille, de feuilles ou de fleurs d'oranger, etc. De toutes, la plus légère est une eau panée faite avec la décoction d'une croûte de pain fortement grillée, à laquelle on mélange un dixième de lait sucré et aromatisé.

Le traitement de la fièvre hectique emprunte aussi beaucoup de secours aux autres matériaux de l'hygiène. Les bains conseillés bannalement ne conviennent guères qu'à certaines hectiques nerveuses, comme l'*hectique morale*, décrite par quelques auteurs qui ont fait de bons traités sur les maux de nerfs, et alors ils doivent être de courte durée et à peine égaler la température du corps. Je ne m'arrête pas avec l'auteur sur les conditions d'air et d'habitation que réclame l'état des malades, parce que chacun les connaît. L'emploi de la flanelle immédiatement appliquée sur la peau est recommandée par l'auteur d'une manière générale, sauf quelques exceptions qu'il ne précise pas bien, ce que je dois faire moi-même : dans les hectiques qui se lient aux catarrhes chroniques de quelque membrane muqueuse que ce soit, et aux phlegmasies et dégénérescences lentes de ces membranes (ce qui n'est pas la même chose), aux lésions tuberculeuses des poumons surtout, etc., la peau doit garder une température et un degré d'exhalation aussi invariables que possible. Tout ce qu'elle éprouve en moins, les tégumens internes l'éprouvent en plus; tout ce qu'elle éprouve en plus, les tégumens internes l'éprouvent en moins : or, la flanelle est le meilleur moyen de lui garantir cette uniformité et cette indépendance de fonctions. Mais dans les hectiques nerveuses, la flanelle a deux inconvéniens : la peau, dans cet état morbide, partage l'éréthisme de tout le système, c'est-à-dire cette augmentation de la susceptibilité du système nerveux, qui est le dernier degré de sa sédation, et alors elle supporte aussi impatiemment l'irritation de la flanelle que la rétine l'impression d'une lumière vive, lorsque l'œil a été long-temps dans l'obscurité. Et puis, l'expérience s'accorde ici avec la physiologie Brownienne, pour prouver que dans ce cas, l'impression du frais sur toutes les surfaces est souvent le seul moyen de rétablissement et la seule condition hors de laquelle échouent tous les autres agens thérapeutiques. L'auteur termine en conseillant l'équitation et les voyages, quand l'état du malade le permet. Il n'y a rien de nouveau dans les préceptes que je viens d'exposer : toutes ces choses ont été dites par les grands observateurs; très bien dites particulièrement par Stahl et Boerhaave; mais en médecine, on peut affirmer qu'il n'y a rien de nouveau qui ne soit renouvelé, et que cela seul est neuf qui avait cessé de l'être.

De l'emploi des vésicatoires dans le traitement de pleuro-pneumonies. — Il s'agit assurément bien moins d'inventer en médecine que de faire un triage judicieux dans les immenses

héritages que le temps nous a amassés : je viens déjà de le montrer, et l'excellente petite note, dont je vais reproduire l'esprit, en est une autre preuve : Baglivi, Stoll et Barthez en font tous les frais. Avant de laisser parler l'auteur, je tiens infiniment à dire, que la physiologie est de deux sortes dans ses applications à la pathologie : il y a d'abord une physiologie, véritable science de la vie et de ses loix, grande, féconde, se suffisant à elle-même, étudiant la vie dans le règne de la vie, constatant sans expliquer, ayant des principes, des intérêts, une histoire, des progrès tout à fait isolés de ceux des sciences qu'on est convenu d'appeler *sœurs de la médecine*. Inséparable de l'étude de l'homme malade, elle doit à cette étude autant que cette étude lui doit ; car elles sont indivisibles, et la condition nécessaire l'une de l'autre. Hippocrate en a jeté les fondemens ; Stahl et Barthez s'y sont immortalisés. C'est cette physiologie, pour aborder le sujet de mon analyse, qui a révélé à la médecine pratique, le fait, les principes et les règles *de la dérivation et de la révulsion*. Puis, il y a une autre physiologie, physiologie toute de détails, toute artificielle, toute de scalpel, de microscope, de réactifs chimiques, d'électricité, d'hydrostatique, d'optique, d'acoustique, d'anatomie, qui ne s'occupe pas de la vie et de ses lois, mais du mécanisme, suivant lequel les instrumens qu'on appelle organes et appareils agissent et fonctionnent sous l'influence de cette puissance vitale, dont la première physiologie étudie les conditions d'existence, d'activité, de régularité ou d'irrégularité, de durée, de cessation, etc. Cette physiologie, beaucoup plus prétentieuse que la précédente, est aux ordres des sciences à qui elle emprunte toutes ses ressources et tout son éclat. La pathologie générale et la médecine pratique n'en reçoivent presque aucun tribut ; c'est elle qui a voulu effacer la doctrine de la *dérivation et de la révulsion*, ou plutôt la différence positive qui sépare ces deux genres de médication. Le petit mémoire que j'analyse réhabilite cette distinction en l'appliquant au traitement des pleuro-pneumonies.

Les épispastiques, quel que soit le lieu de leur application, employés au début des pleuro-pneumonies franchement phlegmasiques, comme celles des hivers rigoureux, celles des contrées du nord ou des pays élevés, auraient pour effet infaillible d'ajouter aux progrès de la maladie. Il y a toutefois, à cet égard, une exception très importante, c'est le cas où le médecin est consulté au premier instant où une douleur costale vient de naître et présage l'arrivée d'un appareil phlogistique imminent, ayant pour but la plèvre ou le poumon. Ces points douloureux vagues sont attaqués presque toujours avec avantage par les épispastiques, qui coupent court aux menaces d'une affection pleurétique ou d'une phlegmasie du poumon. Dans ces cas, le vésicatoire, ou mieux encore, le sinapisme, qui agit plus vite, doit être appliqué sur le point même du siége de la douleur. L'auteur aurait dû, à mon avis, ranger ces exceptions dans la classe des phlegmasies catarrhales de la poitrine, dont il parle plus loin, et pour lesquelles il commande le même mode de traitement ; car ces préludes rhumatoïdes n'appartiennent pas du tout au début des phlegmasies franches, dont le caractère au contraire est de n'en pas être précédées et de répugner aux vésicatoires, au moins à cette époque de leurs cours, comme le fait du reste observer l'auteur, sans remarquer la contradiction où il se place. Quand dans ces pneumonies franches le pouls a cessé d'être vibrant et tendu, quand la respiration est devenue plus large, la toux plus grasse, l'expectoration plus aisée ; quand la peau s'humecte par intervalles, que les urines et les selles commencent à couler, c'est le moment d'aider ces efforts critiques par l'application des vésicatoires. Il n'est pas indifférent de les poser sur telle ou telle partie, par exemple, aux bras, à la poitrine ou aux extrémités pelviennes. Distinguons, à l'égard de la place à choisir, entre les malades épuisés par une maladie de langueur, par des émissions sanguines trop copieuses et trop fréquentes, ou par le vice naturel de leur constitution, et les malades dans des dispositions contraires. Chez les premiers, les épispastiques placés trop loin du siége de la pleuro-pneumonie n'agiraient qu'imparfaitement ou pas du tout, aussi leur place est-elle aux bras et même sur la poitrine si l'affaiblissement est très prononcé. Au contraire, chez les malades de la seconde classe, il faut éloigner les vésicatoires du foyer de la phlegmasie, les appliquer aux mollets ; puis, si, la maladie persistant, le besoin s'en fait encore sentir, se rapprocher et les appliquer aux cuisses, puis aux bras, puis, en dernier lieu, sur les parois même du thorax ; ce qui revient à dire que dans le premier cas on agit *par dérivation*, dans le second *par révulsion*. On voit que ces principes, en faveur desquels s'est prononcée l'expérience des plus judicieux praticiens, n'est qu'une application de la doctrine de Barthez et de Grimaud, sur le traitement des fluxions. Il n'est donc pas indifférent d'agir révulsivement ou dérivativement, soit qu'on évacue, soit qu'on irrite. Il est aussi dans les principes de cette doctrine de laisser suppurer les vésicatoires appliqués dans un but de dérivation, et de ne permettre qu'une action de courte durée à ceux qu'on emploie comme révulsifs. Les premiers, pour parler comme Grimaud, ont pour obejt de résoudre un travail humoral ; les seconds, de rompre seulement un état de spasme. Les avantages des vésicatoires ne sont pas aussi généraux dans les pneumonies où les évacuans gastriques conviennent que dans celles qu'on attaque principalement par les émissions sanguines. Il est constant que dans les péripneumonies bilieuses les épispastiques sont moins indiqués que dans les phlegmasiques bien caractérisées. Entre toutes les espèces de maladies, celles qui se trouvent le mieux de ces moyens, sont, sans contredit, les pneumonies ou pleurésies qu'on voit naître à la suite des alternatives de froid et de chaud, de chaud et de froid, et qui règnent conjointement avec les affections catarrhales, dont elles offrent la nature comme elles en exigent le traitement (*Péripneumoniæ et pleuritides spuriæ de* Stoll). Ici, il faut se garder de pousser trop loin les émissions sanguines ; les vésicatoires volans *sur les parois de la poitrine* conviennent presque au début de la maladie, après

une ou deux émissions sanguines au plus.

On ne parle plus, depuis trente ans, en France au moins, des péripneumonies fausses ou catarrhales, de leurs différences avec la pneumonie franche et surtout des modifications importantes que ces différences réclament dans le traitement. Cette question est une des plus graves de la médecine pratique; elle récèle peut-être le secret des contradictions choquantes qui pullulent sur la thérapeutique des inflammations de poitrine. Le soin et l'étendue avec lesquels elle est discutée dans le traité de thérapeutique qui est sous presse, et que M. Trousseau et moi publierons incessamment, contribuera, je l'espère, à l'éclaircir un peu.

H. Pidoux, D.-M. P.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

The American journal of the medical sciences.

(*Février* 1835.)

ARTICLES ORIGINAUX. — 1° *Péricardite, dilatation du cœur, œdème de la glotte, mort par suffocation*, par le docteur Jackson; 2° *sur quelques maladies du nerf grand sympathique*, par le docteur Waddel; 3° *maladies traitées dans les salles de médecine de l'hôpital de Pensylvanie*, par le docteur Gerhard; 4° idem, *dans les salles de chirurgie*, par le docteur Kirkbride; 5° *observations sur les propriétés médicinales et sur les effets du prussiate de potasse*, par le docteur Burleigh Smart; 6° *accouchemens*, par le docteur Harrison; 7° *de la lèpre et du psoriasis*, par le docteur Pennock; 8° *de la vaccine*, par le docteur Browne; 9° *imperforation de l'anus*, par le docteur Steel; 10° *occlusion accidentelle du vagin, formant obstacle à l'accouchement*, par le docteur Hoillemin.

Observations recueillies dans les salles de chirurgie de l'hôpital de Pensylvanie. — Dans un cas de hernie étranglée, chez un homme dont le testicule n'était pas descendu dans les bourses, M. Kirkbride a obtenu la cure radicale en plaçant cette glande à l'orifice du sac où elle a contracté des adhérences. Aucun inconvénient ne lui a donné lieu de se repentir d'avoir eu recours à ce procédé employé déjà plusieurs fois avec succès.

Consolidation tardive d'une fracture obtenue par le frottement des fragmens. — L'auteur n'indique rien qui puisse rendre compte du défaut de réunion de l'os (humérus); elle n'avait pas encore eu lieu au quatrième mois. Alors le frottement des fragmens fut répété tous les jours pendant une semaine; ce n'était d'abord qu'au bout de plusieurs minutes qu'il produisait de la douleur; la semaine suivante, les fragmens étant devenus plus sensibles, les frictions ne furent exercées que tous les deux jours; la consolidation ne se fit pas long-temps attendre. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que le fémur, qui avait été fracturé en même temps que l'humérus, et dans lequel la formation du cal n'avait pas eu lieu non plus, se consolida également dans le courant du cinquième mois, *bien qu'on n'eût pas eu recours à la manœuvre indiquée plus haut.*

Absorption du cal. — Il s'agit de deux cas de fracture de la jambe, dans lesquels, après la consolidation, un travail inflammatoire avec gonflement énorme, abcès, ulcères, etc., a ramolli le cal et en a déterminé la résorption complète. Dans les deux cas, une nouvelle consolidation a eu lieu, grâce à la cautérisation avec la potasse caustique des surfaces ulcérées, et même de l'un des fragmens.

Ferro-cyanate de potasse. — M. Burleigh Smart examine tour à tour les propriétés sédative, diaphorétique et astringente du ferro-cyanate de potasse. Il cite plusieurs cas de leucorrhée où ce médicament a été employé avec succès, et entre autres, celui d'une femme qui, outre cette infirmité, était sujette à de fréquentes ménorrhagies. Elle avait une de ces constitutions faibles, délicates, éminemment nerveuses, qui jettent si souvent le médecin dans l'incertitude et l'indécision. Un exercice un peu exagéré ne manquait jamais de ramener les accidens que l'usage du ferro-cyanate de potasse faisait disparaître en peu de jours. Ce remède s'est également montré utile dans quelques diarrhées, dans les névralgies, dans les affections bronchiques, lorsque l'expectoration était bien établie. M. Burleigh l'administre de la manière suivante :

℞ Ferro-cyanate de potasse. . deux gros.
Eau commune . . . . . une once.

Il donne de trente à soixante gouttes (dix à vingt grains) de cette solution. Le minimum de la dose, quand elle doit être répétée, est de trente gouttes chez un adulte; il ne faut pas dépasser quarante-cinq gouttes (quinze grains) en six heures.

Accouchemens. — Une hémorrhagie utérine abondante eut lieu chez une femme faible, enceinte de sept mois. Malgré les soins de M. Harrison, cet accident se répéta le lendemain, de manière à faire craindre pour les jours de la malade. Après avoir reconnu l'état de la matrice, et s'être assuré que l'orifice utérin était entièrement recouvert par le placenta, on dilata graduellement le col, on acheva de détacher le placenta sur le côté, on laissa écouler les eaux avec lenteur, tout en amenant les pieds de l'enfant qui était mort, et qui entraîna la délivrance avec lui. L'utérus se contracta, mais il y avait du délire; les extrémités étaient glacées, la déglutition impossible. On administra, en lavement, une cuillerée à café de laudanum dans une liqueur spiritueuse chaude (warm spirits); la réaction eut lieu au bout de quelques heures, et la guérison arriva à la suite d'une longue convalescence.

M. Harrison rapporte ensuite un cas, dans lequel, à la suite d'un avortement au cinquième ou sixième mois, le placenta fut retenu pendant vingt-sept jours dans la matrice. Tous les efforts tentés pour en obtenir l'expulsion avaient été inutiles; le seigle ergoté avait été administré jusqu'à la dose d'une demi-once en quelques heures, sans le moindre avantage. On prit le

parti de se borner à soutenir la malade par une bonne alimentation ; et, le vingt septième jour, la délivrance eut lieu par les seuls efforts de la nature.

Rupture de l'utérus. — Une négresse enceinte (on ne dit pas de combien de mois) fut prise tout à coup d'une douleur atroce, et d'une sensation de déchirement dans l'abdomen. Le ventre se distendit outre mesure, et la malheureuse expira dans la soirée. A l'autopsie on trouva la matrice déchirée, sans amincissement de ses parois, sans traces d'aucune autre lésion; l'orifice utéro-vaginal était fermé. Le fœtus, enveloppé dans ses membranes encore intactes, s'était échappé à travers la déchirure; le placenta était resté en place. La rupture occupait le fond de l'organe et s'étendait d'une trompe à l'autre.

Occlusion accidentelle du vagin, s'opposant à l'accouchement. — Une femme de vingt-cinq ans eut un accouchement très difficile qui dura trois jours. Les parties génitales devinrent le siége d'une vive inflammation, suivie de l'occlusion presque complète du vagin. Néanmoins elle redevint grosse deux ans après. La vulve était fermée par une membrane très résistante, percée d'une seule ouverture, du diamètre d'un tuyau de plume, à bords épais, et disposés en forme de bourrelet. Une incision en V renversé, dont la pointe regardait le canal de l'urètre, fut pratiquée pour faciliter l'accouchement qui fut terminé à l'aide du forceps. L'enfant était dans un état de mort apparente dû à la compression du cordon ; l'écoulement d'une ou deux cuillerées de sang le rendit à la vie. On devine le moyen à l'aide duquel on prévint une occlusion nouvelle.

Lèpre guérie par l'abstinence. — M. le docteur P,..., homme adonné à la bonne chère, fut pris, il y a trente-deux ans, à la suite d'un excès de table, d'une éruption caractérisée par de petites élevures de la peau, rondes, blanchâtres ou brunâtres, et se couvrant au bout de deux jours d'une croûte blanchâtre, s'agrandissant quelquefois rapidement jusqu'à atteindre un pouce ou deux de diamètre, et entourées d'un cercle rouge et tuméfié. L'éruption commençait par les membres et s'étendait ensuite à tout le corps, quelquefois même à la face et aux mains. Les médications les plus variées ne produisaient qu'une amélioration momentanée, et, pendant trente ans le plus long état de santé qu'ait eu le docteur P...., n'a pas duré plus de quinze jours. Enfin, il s'est décidé, il y a deux ans, sur l'avis du docteur Rodrigue, à la plus sévère abstinence. Pendant cinq semaines, il se contenta de six échaudés par jour, et ne but que de l'eau pure ou gommée. Au bout de ce temps, il était parfaitement guéri, et depuis deux ans la maladie n'a pas reparu.

Invagination de l'intestin, guérie par l'inflation. — Un homme de trente-cinq ans, fondeur en caractères, fut pris tout à coup, pendant la nuit, d'une douleur atroce dans la région ombilicale. On le crut affecté de la colique des peintres, et l'on prescrivit des pilules composées de deux grains d'opium avec une goutte d'huile de *croton tiglium*. Les paroxysmes ne perdirent rien de leur force, et ils s'accompagnèrent de ténesmes, de vomissemens bilieux, et plus tard, de vomissemens de matières fécales. On sentit alors une dureté et une tension inaccoutumée dans la région iliaque droite, et la pression sur cette partie réveillant les douleurs, on reconnut une tumeur oblongue qui se soulevait comme par un mouvement d'érection. En même temps, un flot de liquide se précipita vers le point obstrué, et après une ou deux oscillations se porta vers l'estomac, et fut rendu par le vomissement. La saignée et les purgatifs furent employés sans succès.

Enfin, on s'avisa d'introduire la douille d'un soufflet dans l'anus, et de distendre l'intestin par une inflation graduelle. Dès que l'abdomen fut arrivé à un degré médiocre de tension, le malade éprouva un soulagement marqué; les déjections alvines se rétablirent, les douleurs ne reparurent pas ; le repos et les purgatifs achevèrent la cure.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Extraits par M. le Dr. Chambeyron.)

MEDICINISCHE ZEITUNG.

(*Gazette médicale de Berlin.* — *Novembre* 1834.)

ARTICLES ORIGINAUX. — Ire feuille : 1° *diagnostic de l'œdème externe*, par le docteur Frorick; 2° *constitution médicale de Berlin pendant le mois d'octobre.* — IIe feuille : 1° *transmission des virus des animaux à l'homme*, par le docteur Hertwig; 2° *cas mortel de péricardite rhumatique*, par le docteur Richter. — IIIe feuille : 1° *transmission des virus, etc.* (suite) ; 2° *phlébite mortelle du bras droit*, par le docteur Ascherson ; 3° *tableau des morts et des naissances, etc.* — IVe feuille : 1° *transmission des virus, etc.* (fin); 2° *de l'inoculation de la variole aux vaches*, par le docteur Simon; 3° *évacuation des liquides contenus dans les cavités du corps humain au moyen de canules emplastiques*, par le docteur Kluge.

Transmission des virus contagieux des animaux à l'homme. — M. Hertwig commence par établir que si, d'une part, on s'est plu à exagérer le nombre des maladies contagieuses qui peuvent être communiquées par les animaux à l'homme, d'un autre côté on a poussé l'incrédulité trop loin en niant la nature contagieuse de maladies, telles que la rage, le charbon, le vaccin, etc. Pour lui, il pense qu'à ces affections, dont la transmission à l'homme est au dessus de toute espèce de doute, il faut ajouter encore la *morve*, le *farcin*, les *eaux aux jambes*, la *gale*, et les *aphtes* (mal de bouche). Il appuie son opinion sur des faits dont nous nous bornerons à donner une analyse rapide.

La morve et le farcin, dit-il, sont deux maladies, sinon absolument identiques, au moins fort rapprochées, et leur principale différence consiste en ce que la première a pour siége les vaisseaux lymphatiques situés près de la mem-

brane muqueuse, tandis que la seconde affecte plus particulièrement ceux qui sont placés dans le voisinage de la peau; mais des deux côtés, l'altération morbide est la même, les deux affections marchent et se terminent de la même manière, et souvent l'une d'elles vient compliquer la dernière période de l'autre; enfin, le virus du farcin inoculé dans les narines d'un cheval, lui donne la morve, et celui de la morve introduit sous la peau détermine le farcin. Contre l'opinion de Gohier (de Lyon), M. Hertwig pense que la matière de la transpiration ne saurait être le véhicule de la contagion, et que dans les cas où l'on a regardé la sueur comme l'agent de transmission, c'était à l'air infect, expiré par l'animal malade, qu'il eût fallu s'en prendre.

L'on sait que la morve et le farcin se communiquent difficilement aux animaux autres que le cheval; des tentatives nombreuses d'inoculation sur un grand nombre de bêtes à cornes, de brebis, de chèvres, de chiens et de lapins, ont à peu près complétement échoué; l'homme paraît moins à l'abri.

Ire *Observation.* — Fr. K., élève de l'école vétérinaire de Berlin, se fait une légère blessure au doigt *medius* de la main droite, en ouvrant un cheval mort de morve aiguë. Bientôt se manifestent des douleurs vives, puis des traînées rouges et des nodosités sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du bras, puis du col, puis de la poitrine, puis enfin de la jambe; mais tous ces accidens se bornent au côté droit. L'aile droite du nez est elle-même entreprise au bout de quelque temps; quelques abcès se manifestent çà et là, et sont remplis d'un pus de mauvaise nature, ayant à peu près la consistance du blanc d'œuf. Dans les premiers jours, une céphalalgie aiguë, du délire, des envies de vomir, de la constipation, etc., compliquent la maladie, qui bientôt prend une marche chronique, s'accompagne de débilité, de cachexie, et se termine enfin au bout de huit à neuf mois par une guérison lente et pénible.

IIe *Observation.* — Freidank, palfrenier dans le même établissement, âgé de cinquante-neuf ans, mais encore fort et robuste pour son âge, est chargé de soigner un cheval affecté de farcin au plus haut degré. Au bout de quatorze jours, il se plaint de perte d'appétit, de douleurs violentes, brûlantes et accompagnées d'un mouvement fébrile, dans le bras droit, depuis la main jusqu'à l'épaule, dans le col et dans la tête. Pendant la nuit, les accidens deviennent plus graves, la sueur est abondante et la soif inextinguible; la fièvre et le délire sont portés au plus haut degré; tout le côté droit du corps est envahi successivement par des traînées et des nodosités sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, absolument comme chez l'élève K., et la mort arrive le dix-neuvième jour. Le cadavre n'est pas ouvert; on ne peut qu'observer des taches bleuâtres, sous lesquelles se fait sentir une fluctuation profonde, un état de boursouflement et des ulcérations sur la membrane muqueuse du nez.

IIIe *Observation.* — Zebitz, palfrenier, âgé de cinquante-deux ans, après avoir soigné, pendant deux années environ, des chevaux affectés de morve et de farcin, est pris, en octobre 1827, de débilité, de douleurs et de tiraillemens dans les membres, d'inappétence, etc., etc. Peu de jours après, on remarque, sur l'aile gauche du nez, une tache bleuâtre, qui, en moins de seize heures, acquiert le diamètre d'un thaler, et s'étend jusque vers le milieu de la joue. Des douleurs vives, brûlantes l'accompagnent; frissons, vomissemens, diarrhée, enduit jaunâtre de la langue, traînées et nodosités sur le trajet des vaisseaux lymphatiques du côté *droit* du corps. Le reste comme chez les précédens. Mort. L'ouverture n'est pas faite.

IVe, Ve et VIe *Observations.* — MM. Gilow, Luddeke et Selve, élèves de l'école vétérinaire, éprouvent, à la suite de blessures légères, en disséquant des chevaux morts du farcin ou de la morve, des accidens tout à fait semblables à ceux qui ont été indiqués précédemment; les deux premiers guérissent, l'un en un mois, l'autre en quatre; chez le dernier, jeune homme débile et d'une constitution scrophuleuse assez développée, sujet aux catarrhes bronchiques, etc., la maladie atteint son plus haut degré d'intensité, et réunit tous les caractères qui la font reconnaître chez les animaux. A l'inflammation des glandes et des vaisseaux lymphatiques, aux taches sur la peau, aux abcès remplis d'un pus ténu et filant, se joignent la toux et l'écoulement abondant, par les narines, de mucosités visqueuses. La débilité et l'amaigrissement sont plus prononcés encore que chez les autres malades cités. La mort survient après deux mois de souffrances. — Autopsie: cerveau et cervelet à l'état normal, adhérences de la plèvre gauche, tubercules innombrables, vomique, taches rouges, brunes sur le cœur, flasque et ramolli; sang peu abondant, noir et demi-fluide. Ramollissement et hypertrophie du foie et de la rate, ainsi que des glandes mésentériques.

Infection par les eaux aux jambes. — En 1830, il entra chaque jour, pendant plusieurs semaines, à l'école vétérinaire de Berlin, douze à quinze chevaux, affectés de cette maladie. L'invasion était brusque; elle était caractérisée par des ulcérations d'où s'écoulait en abondance, un pus séreux d'une odeur fade et douceâtre, et par la mortification de lambeaux de peau plus ou moins considérables. Il était impossible, en soignant ces chevaux, de se garantir du contact du pus fourni par les ulcères. M. Hertwig et onze élèves furent infectés.

Après deux, trois ou quatre jours d'un état fébrile assez modéré, auquel se joignait la tuméfaction d'un ou de plusieurs doigts, quelquefois même de la main, et des glandes lymphatiques de l'avant-bras, du bras et de l'aisselle, il se manifestait sur les doigts enflés, ordinairement dans le voisinage de l'ongle, un petit bouton rouge, dur, et situé dans l'épaisseur même de la peau, qui augmentait de volume et se ramollissait, et se transformait vers le dixième ou onzième jour en une pustule bleuâtre de la grosseur d'un pois, d'une structure celluleuse à l'intérieur, et remplie d'une sérosité limpide. Les pustules se couvraient ensuite d'une croûte brunâtre, laquelle tombait au bout de quelques semaines et laissait une trace visible pendant plusieurs mois. Leur apparition fut accompagnée, chez les élèves Knaths, Melzbach et Rappsilber, d'un état fébrile très

prononcé et d'une éruption, sur le dos de la main et sur l'avant bras, de pustules fort analogues à celles de la vaccine. Rappsilber avait eu la petite vérole; les onze autres malades avaient été vaccinés; vingt-huit élèves et neuf palfreniers qui étaient journellement en contact avec les animaux malades, n'éprouvèrent aucun accident. On sait que Jenner, Loy, Tenneker, Hurtrel, Sacer et plusieurs autres avaient déjà constaté l'analogie des eaux aux jambes et de l'éruption vaccinale.

Infection par la gale. — Les affections psoriques des diverses espèces d'animaux ne sont pas identiques et se communiquent difficilement d'une espèce à l'autre; elles sont dues à différentes variétés du genre *acarus* qui, probablement, n'ont pas toutes les mêmes goûts. Néanmoins, M. Hertwig cite plusieurs exemples de gale communiquée à l'homme par les chiens, les chats et les chevaux. La guérison a toujours été obtenue par le souffre et le chlorure de chaux.

Éruptions aphtheuses (mal de bouche). — Sagar avait observé que les personnes qui prenaient du lait de vaches affectées d'aphthes, ne tardaient pas à avoir la bouche remplie d'une éruption du même genre. M. Hertwig, et plusieurs autres hippiatres, ont eu occasion de vérifier l'assertion de Sagar, soit accidentellement, soit par des expériences directes, pendant l'épizootie qui vient de s'étendre à presque toute l'Allemagne, et qui a présenté, dans plusieurs endroits, le caractère contagieux.

De l'inoculation de la petite vérole sur les vaches. — M. Simon se plaint de l'incertitude qui règne encore sur les résultats de l'inoculation, malgre les expériences de Sonderland. Il attribue cette incertitude aux procédés défectueux employés, et il voudrait que les vaches soumises à l'expérimentation fussent enfermées dans un espace étroit, rempli d'émanations varioliques, l'atmosphère étant le plus puissant véhicule des contagions. Il fonde cette opinion sur le raisonnement et l'analogie, mais il n'allègue aucun fait direct en sa faveur.

IV. ANATOMIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Pl. XXIII. — LE CREUX DE L'AISSELLE (Vu par dessous).

Femme adulte; petite taille. — Côté droit, grandeur naturelle.)

A, le devant du cou; B, le haut du sternum; C, D, E, la glande mammaire; F, G, le côté du thorax; H, saillie formée par le bord antérieur de l'omoplate; I, K, L, le bord interne et la face antérieure du bras; M, N, les parties postérieures et latérales du cou; O, saillie du grand pectoral au devant de l'aisselle.

a a a a, a a a a, coupe de la peau qui environne l'aisselle; *b b b*, coupe de la glande mammaire.

1, 1, 1, le bord externe du muscle grand pectoral; 2, 2, bord externe du petit pectoral; 3, 3, 3, 3, 3, 3, digitations du m. grand dentelé; 4, 4, 4, 4, m. grand dorsal; 5, 5, m. grand rond; 6, 6, 6, 6, 6, 6, m. sous-scapulaire; 7, 7, portions du triceps.

8, 8, artère axillaire; 9, a. sous-scapulaire ou scapulaire inférieure; 10, 10, 11, 11, 12, 12, 12, veines humérales et axillaires allant former 13, la veine axillaire.

14 et 15, nerfs cubital et cutané interne; 17 et 18, nerfs radial et cutané externe; 19, tronc du nerf axillaire; 20, 20, rameaux nerveux sous-scapulaires; 21, 22, 23, rameaux intercostaux.

Pl XXIV. — LA FACE ET QUELQUES UNS DE SES NERFS (*).

(Côté droit, grandeur naturelle.)

A, le sommet de la tête; B et C, la hauteur du front; D, le nez; E, F, la bouche et le menton; G, H, I, K, le devant, le côté et la fossette du cou; L, M, l'occiput et le côté de la tête; N, le pavillon de l'oreille.

a a a a a, a a a a, a a a, a a a a a, coupe de la peau au dessus de l'oreille, des tempes et du front, sur la ligne médiane de la face et le long des bords inférieur et postérieur de l'os maxillaire inférieur; *b, b, b,* glande parotide divisée en deux portions; *c, c, c,* le conduit parotidien; *d*, le fibro-cartilage du conduit auditif externe; *d'*, l'orifice du même conduit; *e, e*, arcade zygomatique; *f*, les cils et la paupière fermée; *g, g*, l'aile droite du nez; — *h*, artère temporale, et *i i i, i i i, i i i*, ses principales divisions; *k, k, k, k, l*, veines temporales; *m, m*, artère faciale.

1, 1, 1, 1, muscle frontal; 2, 2, 2, m. pyramidal du nez; 3, muscle transversal ou triangulaire du nez; 4, 5, 6, m. élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure; 7, m. élévateur propre de la lèvre supérieure; 8, m. canin; 9, 9, 9, m. orbiculaire des paupières; 10, tendon interne de l'orbiculaire; 11, 11 et 12, 12, muscles petit et grand zygomatique; 13, 13, 13, m. orbiculaire des lèvres.

14, 14, muscle carré du menton; 15, base de la houppe du menton; 16, 16, m. triangulaire du menton; 17, m. peaucier, coupé; 18, m. buccinateur; 19, 19, 19, 19, 19, portion antérieure du m. masséter ou masséter antérieur; 20, 20, portion postérieure ou verticale du même muscle; 21, 21, 21, 21, 21, fibres des muscles auriculaires supérieur et antérieur.

22, nerf temporal superficiel (de la cinquième paire); 23, 23, 23, 23, 23, 23, rameaux faciaux de la septième paire; 24, 24, nerfs frontaux interne et externe.

Dr. *Jacques* LEBAUDY.

(*) Pour montrer les anastomoses nerveuses de la face (qui se trouvent principalement vers la ligne médiane, derrière l'oreille et dans les *fosses* de la tête), il aurait fallu : 1° en altérer la myologie, 2° y pratiquer des *coupes;* ce que nous n'avons pas cru devoir faire dans cette première planche.

Le Directeur de service, A. TROUSSEAU.

TABLE ANALYTIQUE

ET

ALPHABÉTIQUE

DES

MATIÈRES CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME

DU

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

ANNÉES 1834-1835.

A

Abcès. — Par congestion.— Leur traitement. 115
— Symptomatiques des dénudations et des caries du rachis. 280
Abstinence. — Employée avec succès pour guérir la lèpre. 372
Acarus. — De la gale. 43-94-95-200
Accouchement. — (Mécanisme naturel de l'). 97
— (Accidens divers survenus pendant l'). 371
Accouchemens. — Compression abdominale dans certains cas d'accouchemens difficiles. 117
Acétate de plomb. — Son emploi dans la pneumonie. 89
Achille. — (Guérison du pied-bot par la section du tendon d'). 334
Agrégation. — (Concours de l'). 244
Achroma vitiligo. 45-281
Acide sulfurique. — Ses propriétés. 286
Aimé. — Note sur les propriétés de l'acide sulfurique. 286
Air. — Introduit dans les veines. 334
Albumen. — (Emploi de l') dans le traitement de la dysenterie. 309
Alcool. — (Bains de vapeur d'), 122
Allaire. — Luxation par les seuls effets musculaires. 78
— Paracenthèse dans un cas d'hydrocéphale. 304
Amaurose. — (Cautérisation de la cornée dans le traitement de l'). 85
Aménorrhée. — Traitée par l'acide carbonique. 236
Ammoniaque. — Son emploi dans l'ivresse. 85
— Dans l'apoplexie. 43
Amussat. — Gangrène spontanée de la jambe. 247
Anévrisme. 292
— A parois cartilagineuses. 292
— Dans un cas de nécrose. 27
— De l'artère poplitée, traité par la ligature de l'artère fémorale. 192
— Des artères cérébrales. — Causes d'épanchemens de sang dans le cerveau. 287
Angine membraneuse. — Sa contagion. 138
Ankylose. — Du genou, guérie par un appareil mécanique. 35
Antimoine. — (Oxide blanc d') employé dans la pneumonie. 23
nus. — (Compression appliquée au traitement des abcès de la marge de l'). 52
Aorte. — (Mémoire sur l'insuffisance des valvules de l'). 84
— (Rétrécissement de l'). 280
Aphonie chronique. — (Cautérisation du larynx dans l'). 161
Aphthes. — Des animaux transmis à l'homme. 374
Apoplexie. — Causée par la rupture d'anévrismes des artères cérébrales. 287
— Combattue par l'ammoniaque. 43
Aristolochia rotunda. — Employée contre la fièvre intermittente. 54
Arnolt. — Sur l'érysipèle. 28
Arsenic. — Employé avec succès dans les maladies de la peau. 194
— Sa présence dans le phosphore. 286
— (Tritoxyde de fer, contre-poison de l'). 201-246
Artères. — (Ligature des) mise en parallèle avec les procédés hémostatiques anciens. 147
Articulations. — (Emploi des mercuriaux contre les affections chroniques des). 50
Ascite. — Compliquée de maladies organiques du foie et de l'ovaire. 325
Atrésie. — Du vagin. 193
Auscultation. — (Cause des bruits respiratoires perçus au moyen de l'). 185
Avant-bras. — (Luxation de l'). 26
— (Fracture de l'). 26
Axis. — Sa luxation sur la 3e vertèbre. 334

B

Bain. — De vapeur alcoolique. 122
Bain froid. — (Pneumonie guérie par le). 332
Balard. — Recherches sur la nature des combinaisons décolorantes du chlore. 189
Balzac. — De la gélatine comme aliment. 336
Bassin. — (Inflammation des symphyses du). 121
— (Méthode pour opérer la délivrance dans les déformations du). 192
Baudelocque. — Études sur la maladie scrophuleuse. 113
Baumbach. — Guérison d'un vomissement spasmodique. 289
Bayle. — Emploi de la digitale contre la phthisie pulmonaire. 324

Beau. — Causes des bruits respiratoires perçus au moyen de l'auscultation. 185
Becker. — Pleurésie chronique, empyème, paracenthèse. 54
Bédor. — Histoire d'un cas de framboesia ou pian. 292
Bell. — Plaies de l'articulation du genou. 28
Belladone. — (Empoisonnement par la). 46
— Son emploi dans la coqueluche. 87
— Son efficacité contre les rétentions d'urine, les contractions spasmodiques de l'utérus et celle de l'anneau inguinal. 307
Bérard aîné. — Sur les fonctions du nerf facial et sur la paralysie de la face. 354
Bérard jeune. — Anatomie des os longs. 328
— Guérison de graves cicatrices de brûlures. 202
— Mémoire sur l'engorgement tuberculeux des testicules. 141
— Mémoire sur les engorgemens encéphaloïde et squirrheux du testicule. 337
Berkun. — Du fenouil d'eau dans la phthisie pulmonaire. 243
Biermann. — Emploi de la racine d'aristolochia rotunda contre la fièvre intermittente. 54
Billerey. — De la contagion du choléra-morbus de l'Inde. 49
Bineau. — Perforation spontanée de l'estomac. 360
Blanc. — Homœopathie. 19-151
Blatin. — Procédé de Ricord pour la circoncision. 184
Blaud. — De la suie considérée comme succédanée de la créosote. 23
— Nouvelles observations sur l'efficacité de la suie dans les affections diverses. 282
Blennorrhagie. — Cause d'une hémorrhagie grave. 89
Bodin de la Pichonnerie. — De l'eau albumineuse dans le traitement de la dysenterie. 309
Bonafos. — Crachement de sang, causé par la présence d'une sangsue dans la gorge. 41
Bonnardel. — De l'emploi des mercuriaux contre certaines affections chroniques des articulations. 50
Boudet. — Observation sur la préparation du cyanure de potassium pour l'usage médical. 21
— Note sur la quinine. 79
Bouley. — Du tritoxyde de fer comme contre-poison de l'arsenic. 201
Bouche. — (Maladie de la). 308
— (Gangrène de la). 236
Bouniceau. — Traitement de la migraine. 247
Bourjot St-Hilaire. — Des maladies des voies lacrymales et de leur traitement. 173
— Sur les abcès symptomatiques qui accompagnent les dénudations et les caries du rachis. 280
— Nerf facial des cétacés. 198
Boutigny. — Altération des écritures. 291
— Note sur le cyanure de potassium. 80
Boyer. — Recherches et expériences sur les métastases laiteuses. 51
Brera. — Hydropisie enkystée occasionée par des vers vésiculaires. 57
— Sur la maladie bleue. 123
Breschet. — Luxation congénitale du fémur. 247-292
Bricheteau. — Tumeur polypiforme du cœur. 199
Bright. — (Maladie de). 25
Bronchotomie. — Pratiquée pour l'ablation d'un corps étranger supposé dans le larynx. 27
Broussais. — (Réponse de M. Louis à M.) 49
Brûlures. — (Guérison de graves cicatrices de). 202
Bubons. — (Nouveau traitement local des). 33-48
Burleigh. — Usages du ferro-cyanate de potasse. 371

C

Cabanès. — Évulsion, replacement et consolidation d'une dent. 41
Cal. — (Absorption du). 371
Calomel. — Dans les affections typhoïdes. 238
Campagnano. — Effets thérapeutiques du froid dans les maladies inflammatoires. 240
— Pneumonie guérie par le bain froid. 332
Camphre. — En vapeur. — Son efficacité dans le rhumatisme ambulant. 111
Cancer. — (Emploi du suc du mancenillier contre le). 270
— (Procédé opératoire pour prévenir la récidive du). 238
— Traité avec succès par la suie. 23
— Du testicule. 337
Canule de Dupuytren. — Modifiée par Bourjot St-Hilaire. 173
Carbonique. — (Emploi de l'acide) dans le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée. 236
Carré. — Emploi de la belladone contre les contractions spasmodiques de l'utérus, celles de l'anneau inguinal et du canal de l'urètre. 307
Carreau. — Traité par le miel. 329
Carganico. — Recherches sur la vaccination directe de la vache à l'homme. 290
Caron du Villards. — De la sortie de l'humeur vitrée dans l'opération de la cataracte et de son influence sur l'opération. 23
— Compression appliquée au traitement des hémorrhoïdes et de quelques petits abcès à la marge de l'anus. 52
— Emploi des douches dans le traitement de l'engorgement inflammatoire chronique du sac lacrymal. 330
— De l'ustion sincipitale dans la période extrême de l'hydrocéphalite aiguë. 117
— Nature et traitement d'une nouvelle fistule stercorale chez la femme. 117
Catarrhal. — (Considérations théoriques et pratiques sur le phénomène). 300
Cataracte. — (Considérations sur l'opération de la). 23
— (Guérison spontanée d'une) 288
Cathétérisme. — Simple et forcé. 345
Cautère. — A gaz hydrogène. 226

Cautérisation. — Conseillée pour limiter l'érysipèle idiopathique. 117
— Dans un cas de charbon de la face. 291
Cérébrales — (Frictions mercurielles dans le traitement des fièvres). 53
Cerveau. — (Suppuration du). 29
Césarienne. — (Extraction d'un enfant vivant par l'opération). 111
— Opération pratiquée pour un cas de présentation de la face au détroit supérieur. 166
Chailly. — Ergot de seigle dans l'avortement. 86
Chamounix. — (Analyse de l'eau sulfureuse de). 285
Chanel. — De l'emploi de la jusquiame dans le traitement des hernies et du paraphymosis. 85
Chapman. — Remarques sur le tic douloureux. 87
Charbon animal. — Employé dans les scrophules. 239
Charbon. — De la face, guéri par la cautérisation. 291
Chavane. — Empoisonnement par la belladone. 46
Chevalier. — De l'acétate de plomb et de l'opium dans la pneumonie. 89
Chlore. — Ses combinaisons décolorantes. 189
Chlorure de chaux. — Conseillé dans le traitement des plaies d'armes à feu. 333
Choléra-morbus. — (Contagion du). 49-130
Chomel. — Leçons de clinique Médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris. 22
Chrestien. — Emploi de la digitale pourprée, d'après la méthode iatraleptique. 23
— De l'emploi des préparations d'or dans le traitement de quelques maladies lymphatiques. 52
Christophe. — Sur l'eau comme moyen thérapeutique. 65
Circoncision. — Procédé de Ricord. 184
Cirsocèle. — (Pince de Breschet pour le). 51
Civiale. — Coup-d'œil sur le catarrhe de la vessie et sur son traitement. 117
— Traitement du fongus de la vessie. 245
Clavicule. — (Nouvel appareil pour les fractures de la). 333
Codéïne. — Sa préparation. 191
Cœur. — (Bruits anormaux du). 59
— (Polype du). 199
— (Recherches sur l'insuffisance des valvules du). 116
Collin. — Observation de léthargie. 45
Compression. — (Traitement des hémorrhoïdes et des abcès de la marge de l'anus par la). 52
— Abdominale dans certains cas d'accoumens difficiles. 117
Condylôme. — Vénérien. 26
Constant. — Traitement de la gangrène de la bouche. 236
— Emploi de la térébenthine dans quelques affections de poitrine chez les enfans. 116
Constitution médicale. 330
Contagion. — De la dothinenterie. 129
— De la dysenterie. 129
— Du choléra. 130
— De la variole. 135
— De la rougeole. 137
— De la scarlatine. 137
— Du croup. 138
— De l'angine membraneuse. 138
Coqueluche. — Traitée par la belladone. 87
Cordon ombilical. — (Chute du). 242
Cornée. — (Nouveau procédé pour enlever la paille de fer fixée dans la). 288
— (Cautérisation de la). 85
Coryza chronique. — Son traitement. 293
Coster. — Bons effets de l'iode par la méthode endermique dans quelques cas d'hydropisie générale et partielle. 52
Coton. — (Traitement des ulcères atoniques des jambes avec le). 188
Cou. — (Danger des abcès du) 89
— (Plaies du). 28
Crachement de sang. — Causé par la présence d'une sangsue dans la gorge. 41
Crâne. — (Fracture remarquable du). 195
Créosote. — (Suie succédanée de la). 23
Cristallin. — Son déplacement. 27
Croton tiglium. — (Propriétés purgatives du). 329
Croup. — (Eau chaude contre le). 289
— Sa contagion. 138
— (Trachéotomie dans le). 1
— Traité par le sulfate de cuivre. 120
Cuivre. — (Traitement du croup par le sulfate de). 120
Cyanose. — (Histoires de). 123
Cyanure de potassium. 80
— (Préparation du). 21

D

Darcet. — Emploi de la gélatine comme substance alimentaire. 93
Dechambre. — Épidémie de la Salpétrière. 68-211
Demolière. — Maladies de la bouche. 308
Dent. — Arrachée, replacée et consolidée. 41
Dermite contusiforme. 236
Devergie. — Considérations sur les maladies vénériennes. 227
— Documens sur le traitement de la syphilis par la médecine homœopathique. 271
Dezeimeris. — Exposé de la médecine de Galien 272
Diarrhée. — Guérie par la morphine, employée suivant la méthode endermique. 241
— Intermittente. 290
Dieffenbach. — Plaies du cou. 28
Digitale pourprée. — Son emploi d'après la méthode iatraleptique. 23
— Son emploi dans la phthisie pulmonaire. 324
Doctrines médicales. 323
Dothinenteries épidémiques. 12
Dubois (P.). — Mécanisme naturel de l'accouchement. 97
Dugès. — Monstruosité. 325
Duparcque. — Sur la dermite contusiforme. 236
Duplay. — Altération du sang. 186
Dupuytren. — Traité théorique et pratique

des blessures par armes de guerre. — Analyse. 81
— Sa mort. 244
Dysenterie. — Sa contagion. 129
— (Emploi de l'eau albumineuse dans le traitement de la). 309
— Épidémique. 326
Dysménorrhée. — Traitée par l'acide carbonique. 236

E

Eau. — Comme moyen thérapeutique, par Christophe.
— Chaude contre le croup. 265
— Froide. — (Mort causée par l'ingestion de l'). 122
Eaux aux jambes. — Leur transmission à l'homme. 373
Ebers. — Observations pratiques sur la variole et sur le vaccin. 28
Edwards. — De la gélatine comme aliment. 336
Elben. — Procédé pour appliquer les sangsues. 290
Électricité animale. 197
Eléphantiasis du scrotum. 248
Empalement accidentel. 34
Emphysème gangreneux. — Son traitement. 115
Empyème. — (Opération de l'). 26
— Traité par la paracenthèse. 54
Endermique. — (Iode employée contre l'hydropisie, par la méthode). 52
— (Névralgies traitées par la méthode). 328
Entortillement des intestins. 92
Epaule. — (Luxation de l'). 247
Epidémie de la Salpêtrière, par Dechambre. 68
Épilepsie. — Traitée par le zinc. 53
— (Guérison remarquable d'une). 288
Ergot de seigle. — Dans l'avortement. 86
Érysipèle. — (Rapport clinique sur l'). 27
— (Sur l'). 28
— Idiopathique. — De sa limitation par la cautérisation. 117
Erythema nodosum. 236
Estomac. — (Perforation spontanée de l'). 360
Eve. — Traitement des plaies d'armes à feu par le chlorure de chaux. 333

F

Fabré Palaprat. — (Paralysie de la langue, guérie par le galvanisme). 245
Face. — (Paralysie de la). 194
— (Paralysie de la). 354
Facial. — (Fonctions et maladies du nerf). 354
Farcin. — Transmis à l'homme. 372
Fémur. — (Fracture du). 116
— (Luxation du). 26
— (Méthode italienne pour la réduction des luxations du). 85
— (Luxation congéniale du). 247-292
— (Appareil pour les fractures du col et corps du). 342
Fenouil d'eau. — Dans la phthisie pulmonaire. 243
Fer. — Nouveau procédé pour enlever les paillettes de fer fixées dans la cornée. 288
— (Tritoxyde de). — Contre-poison de l'arsenic. 201-243
Ferro-cyanate de potasse. — Son emploi thérapeutique. 371
Ferrus. — Guérison de la folie après l'expulsion d'un tœnia. 200
Fièvre. — Son mécanisme. 283
— Intermittente. — Traitée par l'aristolochia rotunda. 54
— Intermittentes. — Épidémiques. 302
— Hectique. 368
Finaz. — De l'oxyde blanc d'antimoine dans la pneumonie. 23
Finley. — Remarques sur la lithotomie. 87
Fistule stercorale. — Guérison d'une fistule stercorale lombaire. 89
— (Nature et traitement d'une nouvelle) 117
Fistules. — Urinaires rénales. — Leur traitement. 75
Fistules urinaires. — Leur traitement. 345
Fodéré. — Sa mort. 244
Fœtus. — (Blessure du) dans la matrice. 121
— Vomi par un enfant de trois ans. 335
Foie. — (Maladies du) compliquant l'ascite. 325
Folie. — Guérie après l'expulsion d'un tœnia. 200
Fracture. — Des os de l'avant-bras. 26
— Guérison par le frottement des fragmens. 87
— (Appareil inamovible dans le traitement des). 9
— (Consolidation d'une) par le frottement des fragmens. 371
Frambœsia. 292
Franc. — Observations sur les effets de la frayeur chez l'homme. 265
Frayeur. — (Effets de la). 265
Froid. — Dans les maladies inflammatoires. 240
Froriep. — Danger des abcès du cou. 89
— Maladie du larynx. 243
Fuster. — Usage du miel dans le carreau. 329
Fuget Dupouget. — Du deuto-chlorure de mercure contre l'ophthalmie. 25

G

Gale. — (Acarus de la). 43-200
— Des animaux transmise à l'homme. 373
Galien. — Exposé de sa médecine. 272
Galvanisme. — Son emploi dans les névralgies. 87
— Employé dans la paralysie de la langue. 245
Gangrène. — De la bouche. 236
— Spontanée de la jambe. 247
Gavarret. — Emploi de l'ammoniaque dans l'apoplexie. 43
Gélatine. 125
— Employée comme aliment. 95-336
Gendrin. — Limonade sulfurique contre la colique de plomb. 30
— Efficacité de l'acide sulfurique et de l'acide hydrochlorique dans le traitement des accidens causés par le plomb. 245
Gendron. — Dysenteries épidémiques. 12-129
— Choléra-morbus épidémique. 130
— Variole épidémique. 135

— Rougeole épidémique. 137
— Scarlatine épidémique. *Ibid.*
— Croup ou angine membraneuse épidémique. 138
Genou. — (Ankylose du) guérie par un appareil mécanique. 331
— (Plaies du). 28
Gent. — Naissance par la tête avec chute du cordon ombilical. 242
Gérard. — Efficacité de l'extrait de belladone dans les rétentions d'urine. 306
Gérardin. — Considérations théoriques et pratiques sur le phénomène catarrhal. 300
Gerdy jeune. — Observation clinique sur un *achroma vitiligo.* 281
Germon. — Du suc de mancenillier, employé comme anticarcinomateux. 270
Gonorrhée. — Son identité avec la syphilis, par Ricord. 72
Gourdon. — Broiement de la tête de l'enfant. 30
— Oblitération du méat urinaire et du col de la vessie. Chez un enfant nouveau-né, guérison. 310
Griève. — Opération de l'empyème. 26
Grossesse. — Tubaire. 26
— Précoce. 334
Guérétin. — Dysenterie épidémique. 326
Guérin. — Appareils orthopédiques. 291
Günther. — Guérison d'un gonflement avec induration du testicule. 196
Guyot. — Mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques. 84

H

Halma-Grand. — Observation d'une présentation de la face au détroit supérieur, pour laquelle on a pratiqué l'opération césarienne. 166
Harris. — Névralgie traitée par le galvanisme. 87
Harrisson. — Accidens divers survenus pendant l'accouchement. 371
Hartwig. — Transmission des virus contagieux des animaux à l'homme. 372
Hayn. — Inflammation des symphises du bassin. 121
Hectique. — (Considération sur la fièvre). 368
Hémorrhagies. — Traitées par l'acétate de plomb. 196
— Consécutives. 122
— Intermittentes. — Traitées par le sulfate de quinine. 52
Hémorrhoïdes. — Traitées par la compression. 52
Hémostastiques. — (Procédés), 147
Henkel. — Empoisonnement par de la viande réchauffée. 243
Henri Rose. — Sur les résines. 284
Henstis. — Adhérence du placenta. 333
Hérisson. — Sphygmomètre. 95
Hernie étranglée. — (Efficacité de la belladone dans le traitement de l'). 307
— Ombilicale congénitale. 193
— Congénitale guérie par l'adhésion du testicule. 371
Hernies. — Leur traitement par la jusquiame. 85
— Leur cure radicale chez les petits enfans. 110
Hertz. — Sur la présence de l'arsenic dans le phosphore. 286
Homœopathie. 19-271
— (Expériences sur l'). 325
— (Malades traités par l'). 151
Homœopathiques. — Recherches. 29
Horlacher. — Collection de pus dans le cerveau. 29
Horteloup. — Vaccine développée chez des personnes inoculées. 47
— Mémoire et observations sur la non régénération des nerfs de la vie animale. 144
Horting. — Sulfate de cuivre dans le croup. 120
Houeix. — Efficacité du camphre en vapeur dans le rhumatisme ambulant. 111
Houille. — (Histoire médicale des ouvriers qui travaillent la). 112
Humérus. — (Luxation de l'). 201
Huston. — Hypertrophie des mamelles. 87
Hydrocéphale aiguë. — (Emploi de l'ustion sincipitale dans l'). 117
— Traitée par la paracenthèse. 304
— (Relevés statistiques sur l'). 242
Hydrochlorique (acide). — Son emploi contre la colique de plomb. 245
Hydrogène. — (Cautère à gaz). 226
Hydropisie. — Traitée avec l'iode, employée par la méthode endermique. 52
— Enkystée. — Simulant de grossesse, et causée par des vers vésiculaires. 57
Hypertrophie des mamelles. 87

I

Iatraleptique. — (Digitale pourprée employée d'apres la méthode). 23
Inflammation. — Son mécanisme. 283
Inflammations. — (Froid dans les). 240
Inflation. — Employée pour guérir l'invagination de l'intestin. 372
Inoculation de la scarlatine, comme moyen préservatif. 201
Intestins. — (Entortillement des). 92
Invagination. — De l'intestin, guérie par l'inflation. 372
Iode. — Employé par la méthode endermique contre l'hydropisie générale et partielle. 52
— Employé avec succès contre le sarcôme médullaire. 193
Ivresse. — (Emploi de l'ammoniaque dans l'). 85

J

Jackson. — De la belladone dans la coqueluche. 87
Jefferson. — Atrésie du vagin. 193
Johnson. — Remarques sur les condylômes et les poireaux vénériens. 26
— Inflammation chronique du prépuce. *Ibid.*
Junkin. — Plaies des parties génitales. 333
Junod. — Effets de la compression et de la raréfaction de l'air. 118
Jusquiame. — Son emploi dans le traitement des hernies et du paraphymosis. 85

K

Kekeley. — Nouvel appareil pour les fractures des clavicules. 333

King. — Anévrisme des artères cérébrales. 287
Kirkbride. — Cure radicale d'une hernie congénitale par adhésion du testicule. 371
Knauer. — Action du magnétisme minéral sur les affections nerveuses. 119
Krebs. — Sur les flèches empoisonnées des Hottentots. 287
Krimer. — Fracture remarquable du crâne. 195
— Empoisonnement par les moules. 195
— De l'acétate de plomb dans les hémorrhagies. 196
— Observations pratiques diverses. 288

L

Lacrymal. — (Douche dans le traitement de l'inflammation du sac). 330
Lacrymales. — (Maladies des voies). 173
Laiteuses. — (Métastases) 51
Larynx. — (Cautérisation du) dans certains cas d'aphonie chronique. 161
— (Ossification des cartilages du). 243
Latour. — Mécanisme de l'inflammation et de la fièvre. 283
Lebaudy. — Région inguinale profonde. 32
— Hernie crurale et inguinale graisseuses. 60
— Région poplitée et superficielle. 96
— Hernie crurale ouverte. 126
— Hernie inguinale graisseuse. 160
— Région poplitée profonde. 248
— Saignée de la jugulaire droite. 292
— Tête d'hydrocéphale. 336
— Saignée de la veine saphène. 336
— Région axillaire.
— Nerfs de la face.
— Le creux de l'aisselle. 374
— La face et quelques uns de ses nerfs. 374
Léguillon. — Inventeur d'une scie. 95
Legrand. — Du rétrécissement de l'aorte, du diagnostic et du traitement de cette maladie. 280
Legroux. — Empalement accidentel. 34
Lehmann. — De l'eau chaude contre le croup. 289
Lemaire. — Cautère à gaz hydrogène. 226
Lemoine. — Ascite compliquée d'affections organiques du foie et de l'ovaire. 325
Lepelletier. — Luxation de l'humérus. 201
Lèpre. — Guérie par l'abstinence. 372
Leroi. — Observation d'un utérus bilobé. 181
Lerpinière. — Excision des polypes de la matrice avec des fils métalliques. 42
Léthargie. — (Cas de). 45
Liebig. — Moyen de séparer la magnésie de la potasse et de la soude. 287
Liégard. — Emploi des frictions mercurielles à haute dose dans les fièvres cérébrales. 53
Lisfranc. — Amputation du col de l'utérus. 30
— Excision d'un polype fibreux. 84
— Traitement des abcès par contagion. 115
— Traitement de l'emphysème gangréneux. *Ibid.*
— De la pustule maligne. *Ibid.*
— Charbon de la face, guéri par cautérisation. 291
— Ablation de la mâchoire. 292
Lithotomie.
— (Observation sur la). 192
Lithotripsie. — (Cas de) 333
Littré. — Recherches sur l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires. 116
Lorenzo. — Cause du paroxysme des maladies inflammatoires pendant la nuit. 239
Louis. — Examen de l'examen de M. Broussais, relativement à la phthisie et à l'affection typhoïde. 49
— Recherches sur les effets de la saignée. 363
Louvel. — Nouvel appareil pour les fractures du col et du corps du fémur. 342
Louyer-Villermay. — De la patente des médecins. 152
Lucas. — De l'amélioration des prisons. 50
Luxation. — Par les seuls efforts musculaires. 78
— De l'humérus. 201-249
— Du fémur. 26
— Congéniale du fémur. 247
— Des os de l'avant-bras. 26
Lymphatiques. — (Emploi de l'or dans les maladies). 52

M

Mâchoire. — (Ablation de la). 292-330
Macfarlane. — Rapport clinique sur l'érysipèle. 27
Magendie. — Bruits anormaux du cœur. 59
Magistel. — Emploi de l'acétate de morphine par la méthode endermique, dans le traitement des migraines. 237
Magnétisme minéral. — Son action sur les maladies nerveuses. 119
Malapert. — Traitement des maladies syphiliques par l'application locale des mercuriaux. 48
Malgaigne. — Luxation de l'épaule 247
Malin. — Expériences sur la variole, le cowpox, la varicelle, la varioloïde. 28
Mamelles. — (Hypertrophie des). 87
Mancenillier. — Emploi de son suc contre le cancer. 270
Marmorat. — Homœopathes et homœopathie. 271
Martenet. — Fièvres intermittentes qui ont régné à Bougie. 302
Martinet. — Procédé opératoire pour prévenir la récidive du cancer. 238
Martins. — Expériences homœopathiques. 325
Marx. — Des fistules urinaires rénales et de leur traitement. 75
— Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre. 81
Martucci. — Sur l'électricité animale. 197
Mayor. — Sur l'appareil inamovible dans le traitement des fractures. 9
— Traitement des fractures du col du fémur. 116
— Sur le cathétérisme simple et forcé, et sur le traitement des rétrécissemens de l'urètre et des fistules urinaires. 345
Médecins. — (Patente des). 152
Meigs. — Méthode pour effectuer la délivrance dans le cas de déformation du bassin. 192
Mercure. — Dans le traitement des fièvres cérébrales. 53

— Employé dans la péritonite. 51
— Employé avec succès contre le sarcôme médullaire. 193
— (Deutochlorure de) contre l'ophtalmie. 25
Mercuriaux. — Leur emploi contre certaines affections chroniques des articulations. 50
— Leur efficacité dans le traitement des maladies inflammatoires des yeux. 118
Mercurielle. — (Salivation). 205
Métastases laiteuses. 51
Meynier. — Cure radicale des hernies chez les petits enfans. 110
Middlemore. — Statistique médicale. 27
— Déplacement du cristallin. *Ibid.*
Miel. — Conseillé contre le carreau. 329
Migraine. — Son traitement. 247
— Traitée par la morphine. 237
Miquel. — Inoculation comme préservatif de la scarlatine. 201
Miriel. — Vices congéniaux de conformation de l'extrémité inférieure du tube digestif, et des moyens d'y remédier. 314
Mondière. — Observations thérapeutiques sur diverses névralgies. 328
Monstruosité. 325
Montault. — Tumeur anévrismale. 292
Morin. — Analyse des eaux de Chamounix. 285
Morphine. — Employée par la méthode endermique dans le traitement des migraines et des névralgies. 237
— Employée dans les névralgies. 328
— Employée par la méthode endermique contre la diarrhée. 247
— Employée contre l'empoisonnement par le strychnine. 242
Morve. — Transmise à l'homme. 372
Moules. — (Empoisonnement par les). 195
Mydriase. —(Cautérisation de la cornée dans le traitement de la). 85

N

Nasal. — (Recherches sur la longueur et la largeur du canal). 173
Nasse. — Fréquence de l'hydrocéphale. 242
Nécrose. — (Anévrisme dans un cas de). 27
Nerf facial. — (Anatomie du). 198
Nerfs. — (Non régénération des). 144
Nerveux, — (Histoire remarquable d'une maladie du système) 218
Nerveuses. — (Action du magnétisme minéral sur les affections). 119
Névralgie. — Traitée par la morphine. 237
— Traitée par le galvanisme. 87
— Faciale. — Guérie par la salicine. 40
Névralgies. — Leur traitement par le sous-carbonate de plomb. 118
— De la face. — Leur traitement. 247
— De l'utérus et de la face. 328

O

OEil. — (Maladies de). 188
— (Efficacité des mercuriaux dans le traitement des maladies inflammatoires de l'). 118
Ollivier. — Grossesse tubaire. 26
Ophthalmie. — (Mémoire sur l') 296
Opium. — Son emploi dans la pneumonie. 89
Or. — Ses préparations dans les maladies lymphatiques. 52
Orfila. — Tritoxyde de fer comme contre-poison de l'arsenic. 201
Orthopédie. 291
Os. — Structure anatomique des os longs. 328
Ossification. — De la plèvre. 194
Ovaires. — (Maladie des) compliquant l'ascite. 325
— Rupture d'un kyste de l') 92
Ozène. — Son traitement. 293

P

Paillard. — Des fistules urinaires rénales et de leur traitement. 75
— Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerres. 81
Pamard. — Traitement des diverses maladies des yeux. 188
Panaris. 28
Paracenthèse. — Employée dans l'empyème et dans les pleurésies chroniques. 54
— Dans un cas d'hydrocéphale. 304
Paralysie. — De la face. 194
— De la langue. — Guérie par le galvanisme. 245
Paraphymosis. — Son traitement par la jusquiame. 85
Parrish. — Fracture non consolidée, guérie par le frottement des fragmens. 87
Patente des médecins. 152
Peau. — (Maladie de la) traitée avec succès par l'arsenic. 194
Pénis. — (Hémorrhagie du) dans une blennorrhagie. 89
Perforation. — Spontanée de l'estomac. 360
Périnée. — (Rupture du) guérie. 87
Péritonite. — Traitée par les frictions mercurielles. 51
Pharynx. — (Instrument pour extraire les corps étrangers du). 122
Phthisie. — Traitée par la digitale. 324
— Traitée par le fenouil d'eau. 243
— (Traitement de la). 234
Phœbus. — Anomalies anatomico-pathologiques. 89
Phosphore. — (Présence de l'arsenic dans le). 286
Phymosis. — Procédé de Ricord. 184
Pian. 292
Piazza. — Bons résultats de l'ammoniaque liquide dans plusieurs cas d'ivresse. 85
Pied-bot. — Guéri par la section du tendon d'Achille. 334
Pigeaux. — Considérations historiques sur la ligature des artères, mise en parallèle avec les premiers procédés hémostatiques, employés pour arrêter l'hémorrhagie des gros vaisseaux dans les amputations. 147
Placenta. — (Adhérence du). 333
Plaie pénétrante de la poitrine. 76
Pleurésie chronique, empyème, paracenthèse. 54
Plomb. — (Sous-carbonate de) employé avec succès dans le traitement des névralgies. 118

— (Acétate de) son emploi dans la pneumonie. 89
— Dans les hémorrhagies. 196
— (Colique de) prévenue par l'acide sulfurique et l'acide hydrochlorique. 245
Pneumonie. — Traitée par l'oxyde blanc d'antimoine. 23
— Traitée par l'opium et l'acétate de plomb. 89
— Guérie par le bain froid. 332
— Traitée par l'emploi simultané du tartre stibié et de la saignée. 169
Pneumonie. — (Vésicatoires dans le traitement de la). 370
Pneumothorax. 26-324
Poireaux vénériens. 26
Poitrine — (Plaie pénétrante de la). 76
— (Emploi de la térébenthine dans les maladies de la). 116
Polype de la matrice. — Excisé avec des fils métalliques. 42
— (Excision d'un). 84
Porter. — Anévrisme dans un cas de nécrose. 27
— Cas de bronchotomie. *Ibid.*
Punaisie. — Son traitement. 293
Pupille artificielle. 287
Purgatifs. — Simon. 232
— Leur emploi dans les maladies aiguës et chroniques. 186
Pustule maligne. — Son traitement. 115
Pravaz. — Appareils orthopédiques. 291
Prépuce. (Inflammation chronique du). 26
Prestat. — Réflexions sur un cas d'accouchement laborieux. 311
Prisons. — (Améliorations des). 50
Prus. — Observation sur un cas de pneumothorax. 324

Q

Quarantaines. — (Rapports sur les). 80
Quinine. — Brute. 78-79
— (Sulfate de) dans le traitement de quelques hémorrhagies intermittentes. 52

R

Rachis. — Ses dénudations et ses caries, causes d'abcès. 280
Randolph. — Cas de lithotripsie. 333
Rate. — (Gangrène épidémique de la). 29
Rectum. — (Absence congéniale du). 314-319
— Rupture guérie. 87
Regnoli. — Amputation de la mâchoire inférieure. 330
Reins. — (Hydropisie causée par une maladie des). 25
Renucci. — Acarus de la gale. 200
Résines. 284
Responsabilité médicale. 60-94-95-125
Raynaud. — Nouveau traitement local des bubons. 33
Rhinoplastie. 287
Rhumatisme. — Traité avec succès par le camphre en vapeur. 112
Richter. — Hémorrhagie grave du pénis dans une blennorrhagie syphilitique. 89
— Guérison d'une fistule stercorale lombaire. 89
— Morphine employée par la méthode endermique. 241
Ricord (Ph.). — Identité de la gonorrhée et de la syphilis. 72
— Salivation mercurielle. 205
Robinson. — Hernie ombilicale congénitale. 193
Rocher Duchiron. — Plaie pénétrante de poitrine. 76
Rougeole. — Sa contagion. 137
Rognetta. — Luxation et fracture des os de l'avant-bras. 26
— Modification apportée à la pince de M. Breschet, pour le cirsocèle et le varicocèle. 51
— Méthode italienne pour la réduction des luxations du fémur. 85
Roux. — Traitement des ulcères atoniques des jambes avec le coton cardé. 188
Rupture. — De l'utérus, du périnée et du rectum, à la suite de l'accouchement. 87

S

Sabatier. — Note sur l'acarus de la gale. 43
— Hydropisie et maladie des reins. 25
Saignée. — Combinée avec le tartre stibié dans le traitement des pneumonies. 169
— (Recherches sur les effets de la). 363
St-Georges Ransol. — Mémoire sur quelques questions de pathologie et de thérapeutique. 281
— Réflexions sur l'état actuel de la médecine en France. 323
Saint-Léger. — Atrétisme congénital du rectum. 319
Salicine. — (Névralgie guérie par la). 40
Salivation. — Mercurielle. 205
Salpétrière. — (Épidémie de la). 211
Sandras. — Efficacité du sulfate de quinine contre quelques hémorrhagies intermittentes. 52
— Traitement de la phthisie tuberculeuse. 234
Sang. — (Altération du). 186
Sangsue. — Placée derrière le voile du palais et causant un crachement de sang. 41
Sangsues. — (Procédé d'Elben pour l'application des). 290
Sanson. — Efficacité des mercuriaux dans le traitement des affections inflammatoires des yeux. 118
— Anévrisme poplité. 292
Sarcôme médullaire. —Traité avec succès par par l'iode et le mercure. 193
Sauvé. — Achroma vitiligo. 45
Scarlatine. — Sa contagion. 137
— Inoculée comme moyen préservatif. 201
Scie. — Inventée par M. Léguillon. 95
Schnuhr. — Blessure du fœtus dans la matrice. 121
Scrotum. — (Éléphantiasis du). 247
Scrophules. — (Études sur les). 113
— (Emploi du charbon animal dans les). 239
Sédillot. — De la détermination des différentes espèces de luxations scapulo-huméra-

les, de leur anatomie pathologique et de leur traitement. 249
Ségur du Peyron. — Rapport sur les quarantaines. 80
Seidlitz. — Recherches homœopathiques. 29
Seigle. — (Ergot de) dans l'avortement. 86
Serre. — Cautérisation de la cornée dans le traitement de l'amaurose et de la mydriase. 85
Seurre. — Névralgie guérie par le salicine. 40
Siedler. — Efficacité du zinc contre l'épilepsie. 53
Simon. — De la limitation de l'érysipèle idiopathique par la cautérisation. 117
— Emploi des purgatifs dans les maladies aiguës et chroniques. 186
— De l'emploi des purgatifs. 232
— Gonflement inflammatoire du testicule, affectant le type intermittent. 290
Sinogowitz. — Sur le panaris. 28
Smith. — Des hémorrhagies consécutives. 122
— Observations sur la lithotomie. 192
— Ligature de l'artère fémorale pour un anévrisme de la poplitée. 192
— Sarcôme médullaire guéri par l'iode et le mercure. 193
Soubeiran. — Du tritoxyde de fer hydraté, comme contre-poison de l'acide arsénieux. 246
Speranza. — Emploi du charbon animal dans les scrophules. 239
Sphygmomètre. — Hérisson. 95
Spencer. — Luxation de l'axis sur la troisième vertèbre. 334
Splénitis gangreneuse. 29
Squirrhe de l'utérus. — Son traitement. 288
Statistique médicale. 27
Stromeyer. — Guérison du pied-bot par la section du tendon d'Achille. 334
— Guérison d'une ankylose du genou par un appareil mécanique. 335
Strychnine. — (Empoisonnement par la) guéri par la morphine, appliquée suivant la méthode endermique. 242
Sublimé. — (Empoisonnement par le). 125
Suicide par suspension. 283
Suie. — Succédannée de la créosote. 23
— Employée dans le cancer. *Ibid.*
— Son efficacité. 282
Sulfurique. — (Acide) employé contre la colique de plomb. 30
— Son emploi dans la colique de plomb. 245
Suspension. — (Suicide par). 283
Swet. — Guérison d'une rupture de l'utérus, du périnée et du rectum, à la suite d'un accouchement. 87
Symphises. — Du bassin. — Leur inflammation. 121
Syphilis. — (Sur la). 227
— Son traitement par l'homœopathie. 271
— Son identité avec la gonorrhée. 72
— (Non nécessité de l'excitation physiologique pour la contagion de la). 85
— Traitée par l'application locale des mercuriaux. 48

T

Tanchou. — Porte caustique. 245
Tartre stibié. — Combiné avec la saignée dans le traitement des pneumonies. 169
Teissier. — Emploi simultané de la saignée et du tartre stibié dans les pneumonies. 169
— Perforation spontanée de l'estomac. 360
Testicule. — (Gonflement intermittent du). 290
— (Guérison d'un gonflement avec induration du). 196
— (Engorgement tuberculeux du). 141
— (Engorgement encéphaloïde et squirrheux du) 337
Térébenthine. — Son emploi dans les maladies de poitrine des enfans. 116
Thirial. — Histoire pathologique d'un homme présentant des désordres nombreux et insolites dans les fonctions du système nerveux. 218
Thouret-Noroy. — Responsabilité médicale. 60
Thurnam. — Ossification de la plèvre. 194
Thwaites. — Usage de l'arsenic dans les maladies de la peau. 194
Tic douloureux.
Tœnia. — (Guérison de la folie après l'expulsion d'un). 200
Tolifrée. — Mort causée par l'ingestion d'eau froide. 122
— Son instrument pour extraire les corps étrangers du pharynx. 122
Tschepke. — Diarrhée intermittente. 290
Tschetirkin. — Rapport sur une épidémie de splénitis gangreneuse. 29
Trachéotomie. — Dans le cas de croup. 1
Trousseau. — Trachéotomie dans le cas de croup. 1
— De la quinine brute. 78
— Cautérisation du larynx dans certains cas d'aphonie chronique. 161
— Nouveau traitement de la punaisie (ozène) et du coryza chronique. 293
Tubercules du testicule. 141
Tuberculeuse. — (Traitement de la phthisie). 234
Typhoïde. — (Calomel dans la fièvre). 238
Tyrell. — Observations sur la pupille artificielle. 287
— Rhinoplastie. *Ibid.*

U

Ulcères. — Traitement des ulcères des jambes avec le coton cardé. 188
Ulrick. — Mort subite par introduction de l'air dans les veines. 89
Urètre. — (Porte caustique pour la cautérisation de l'). 245
— (Oblitération du canal de l'). 310
— (Traitement des rétrécissemens de l'). 345
Urinaires. — (Traitement des fistules). 345
Urine. — (Utilité de la belladone dans la rétention d'). 306-307
Ustion sincipitale. — Conseillée dans l'hydrocéphalite aiguë. 117
Utérus. — (Amputation du col de l'). 30
— Rupture guérie. 87
— Bilobé. 181

— (Traitement du squirrhe de l'). 288
— (Efficacité de la belladone dans les contractions spasmodiques de l'). 307
— (Névralgie de l'). 328

V

Vaccin. — (Observations sur le). 28
Vaccination. — Directe de la vache à l'homme. 290
Vaccine. — Développée chez des personnes inoculées. 47
— Préserve de la variole franche. 53
— Pratiquée une seconde fois sur l'armée prussienne. 56
— Son identité avec la variole. 193
Vagin. — (Atrésie du). 193
— (Conformation vicieuse du). 288
Valat. — Histoire médicale des ouvriers mineurs des houillères. 112
Varicocèle. — (Pince de Breschet pour le). 51
— Sa cure radicale. 121
Variole. — (Observation sur la). 28
— Ne se développe pas chez les individus vaccinés. 53
— Chez les individus vaccinés. 290
— Sa contagion. 135
— Son identité avec la vaccine. 193
— Inoculée aux vaches. 374
Varioloïde. 28
Veines. — (Mort subite causée par l'introduction de l'air dans les). 89
— (Introduction de l'air dans les). 334
Velpeau. — De l'emploi du vésicatoire dans les maladies chirurgicales. 51
— Mémoire sur l'Ophthalmie. 296
Vérole. — (Sur la). 227
Vers vésiculaires, causant une hydropisie enkystée. 57
Vésicatoire. — Son emploi dans les maladies chirurgicales. 51
Vésicatoires. — Dans la pneumonie. 370
Vessie. — (Traitement du catarrhe de la). 117
— (Traitement du fongus de la). 245
— (Oblitération du col de la). 310
Viande rechauffée. — Cause d'empoisonnement. 243
Vignolo. — Opération césarienne : extraction d'un enfant vivant. 111
Vipère. — (Traitement de la morsure de la). 120
Virus. — (Contagieux). Leur transmission des animaux à l'homme. 372
Vitiligo. 45

W

Wagner. — Traitement de la morsure de la vipère. 120
Weber. — Calomel dans les affections typhoïdes. 238
Weiglein. — Rupture d'un kyste de l'ovaire. 92
— Entortillement mortel des intestins. 92
Wins. — Expériences sur l'introduction de l'air dans les veines. 334
Wurser. — Cure radicale du varicocèle 121

Z

Zinc. — Employé contre l'épilepsie. 53
— (Usages de la pâte de chlorure de). 246
— (Chlorure de). — Son action caustique contre les cancers. 202

FIN DE LA TABLE.